Rok XLIII. Kraków 19 Marca 1904. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Jeszcze słów kilka o rozlanym przeroście gruczołu piersiowego.

Podał

Dr. Bernard Engländer

lekarz chorób kobiecych i akuszer w Krakowie.

Przed niespełna trzema laty [1]) miałem sposobność pisać o rozlanym przeroście gruczołu piersiowego u kobiety. Dziś zamierzam nietylko podać kilka ważniejszych szczegółów z przebiegu i leczenia tego cierpienia, nietylko dołączyć do rozpoznania klinicznego wynik badania drobnowidowego, ale bardziej jeszcze chodzi mi o to, by odpowiedzieć na pytanie, czy rozlany przerost gruczołu piersiowego u kobiety stoi w pewnym związku z jej wewnętrznemi częściami rodnemi, czy powoduje on zaburzenia w miesiączkowaniu i czy ostatecznym wynikiem tego przerostu jest zanik tak ważnego u kobiety narządu, jakim jest macica.

Już wtedy [2]) wypowiedziałem przypuszczenie, że leczenie, które w tych nielicznych przypadkach stosowano, a którego i ja próbowałem (jodek potasowy, opatrunek uciskowy, tabletki z wyciągu gruczołu sutkowego), nie zdoła wywrzeć wybitnego wpływu na zmniejszenie się nadmiernie powiększonego sutka. Pacyentka używała wewnętrznie dłuższy czas jodek potasu (10:200) w ilości 12 flaszek, jakoteż tabletki z *mamma siccata* [3]) bez najmniejszego polepszenia. Wprawdzie pod wpływem tego leczenia (jodek potasowy, odstawienie dziecka, stały ucisk sutka, tabletki z gruczołu piersiowego wysuszonego) zmniejszył się nieco z początku sutek, a mianowicie w tym samym stosunku, co lewy zdrowy sutek — dawniej prawy 52 i 60 ctm., lewy 46 i 47 ctm., obecnie prawy 47 i 54 ctm., lewy 38 i 40 ctm.; nie można więc zmniejszania się sutka chorej uważać za wynik dotychczasowego leczenia, ale należy je odnieść bezsprzecznie do zjawiska fizyologicznego, mianowicie do zwijania się połogowego, wskutek zaniku zdolności wydzielniczej gruczołu w następstwie niekarmienia, jako zabiegu leczniczego, co dalsze spostrzeganie tego przypadku dostatecznie wyjaśnia.

Wkrótce czuła się chora znów w stanie błogosławionym, wystąpiły lekkie zaburzenia żołądkowe, co mnie skłoniło do zaprzestania dotychczasowego leczenia. Podczas ciąży z przebiegiem zupełnie prawidłowym powiększyły się znowu oba sutki do dawnej objętości, pojawiła się siara, a po szczęśliwym porodzie (z rzędu 3-cim) chłopca donoszonego — mleko. Znów zaleciłem odstawienie dziecka, opatrunek uciskowy, co chora zresztą chętnie wykonała.

W 13 miesięcy po ostatnim porodzie dnia 20/III 1903, kiedy miałem sposobność chorą znowu widzieć, badanie przedmiotowe dało wynik następujący: Wymiary prawego sutka od 4 żebra do dolnego bieguna guza (przy sutku wiszącym) 52 ctm., od stosu pacierzowego do linii środkowej ciała z przodu 58 ctm, te same wymiary lewego sutka 38 i 40 ctm. Zresztą sutek zachowuje się tak, jak to już poprzednio opisałem [4]).

Do końca roku 1902 powiększony sutek nie sprawiał chorej, prócz pewnego nieprzyjemnego uczucia ciężkości na piersiach, żadnych dolegliwości i to było też powodem, dlaczego przed trzema laty nie chciała się zgodzić na moją radę odjęcia całkowitego chorobowo zmienionego sutka. Z początkiem jednakże tego roku mimo leczenia stan się zmienił na niekorzyść pacyentki; wystąpiły silne bóle i uczucie gorąca w chorym sutku, które nawet po podaniu morfiny nie ustępowały. Dnia 20/III 1903 znowu odwiedziła mnie chora, skarżąc się na nieznośne bole sutka prawego; przy badaniu stwierdziłem nietylko silne bole, ale także powiększenie gruczołów pachowych, które wprawdzie były miękkie, niebolesne, łatwo przesuwalne, jednakże skłoniły mnie do tego, że usilnie namawiałem chorą do zabiegu operacyjnego, co mi się też udało, aby z jednej strony uwolnić chorą od nieznośnych, wyniszczających bolów, z drugiej strony przeszkodzić wrastaniu guza w otoczenie, co miało niemałe znaczenie dla mającego się wykonać zabiegu operacyjnego i dla dalszego rokowania.

Jak przed wystąpieniem gruczołów pachowych rozpoznanie zdawało się być zupełnie pewne, tak obecnie pewność nasza została zachwianą. W tym przypadku mogą być trzy możliwości: 1) albo mamy tu do czynienia z guzem dobrotliwym, 2) albo z guzem z początku dobrotliwym, który jednakże w ostatnich miesiącach przemienił się w złośliwy, albo 3) z guzem od samego początku złośliwym. Tego chcieliśmy dojść i skoro szef mój, ś. p. prof. Trzebicky, w oddziele swym w szpitalu powszechnym krajowym św. Łazarza w Krakowie wykonał w dniu 1 kwietnia 1903 r. amputacyę powiększonego sutka wraz z doszczętnem wyłuszczeniem gruczołów pachowych, wykroiliśmy z rozmaitych miejsc amputowanego sutka kawałki w celu dokładnego zbadania pod drobnowidem. Samą operacyę powitałem z prawdziwem zadowoleniem, ponieważ dała mi sposobność zrealizowania długo żywionego życzenia stwierdzenia budowy i charakteru tego guza badaniem drobnowidowem, zwłaszcza, że dotychczasowe wzmianki wielu

[1]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 3.

[2]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 3.

[3]) Tabletek tych dostarczyła mi łaskawie firma E. Merck w Darmstadzie, za co składam jej podziękowanie.

[4]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901. Nr. 3.

autorów [5]) o budowie mikroskopowej takich guzów różnią się znacznie między sobą, a sądziłem, że uda mi się o tej sprawie coś więcej powiedzieć.

Na podstawie badania mego przypadku i opierając się na wzmiankach w literaturze [6]), mogę z pewnością powiedzieć, że cierpienie opisane, nie zawsze daje jednaki obraz mikroskopowy, że jednakże charakter złośliwy jego wykluczyć stanowczo należy.

Czas pooperacyjny przeszedł bez podniesienia ciepłoty. W ósmym dniu zmieniono opatrunek. Znaleziono rychłozrost. Założono lekki opatrunek aseptyczny. W tym samym dniu opuściła chora oddział. Przed kilkoma tygodniami widziałem ją w mieście zupełnie zdrową. W okresie, w którym się poddała operacyi, najmłodszy jej syn miał 13 miesięcy. Należy podnieść, jako fakt niezmiernie ważny dla tego cierpienia, że chora zawsze regularnie miesiączkowała, co ma miejsce do ostatniej chwili (październik, 1903 r.)

Badanie makroskopowe. Sutek amputowany waży 5 kg. i przedstawia się jako gruczoł piersiowy w całości powiększony. Pojedyncze silnie powiększone płaty gruczołowe dadzą się łatwo wyczuć, a za uciskiem wydzielają mleko. Na górnym biegunie guz ten przechodzi w pojedyncze guzki mniejsze, gładkie, okrągłe, wielkości orzecha lub jaja. Zbitość całego guza jest równomiernie elastyczna, nigdzie nie można wyczuć zgrubienia lub chełbotania. Przy przecinaniu ma się uczucie trzeszczenia, które się udziela ręce od twardszych miejsc guza. Na przekroju widzieć można różnobarwne, białe, żółte, rdzawe, jużto okrągławe, jużto owalne albo podłużne miejsca, z tych białe są twardsze. Cała powierzchnia przekroju pokrywa się masą lepką, klejowatą, tu i ówdzie pokazują się żółte punkty, których liczba za uciskiem się zwiększa, głównie przy obwodzie guza. Te żółte punkty składają się z masy żółtej, która wypełnia przewody istniejących jeszcze płatów gruczołowych, spełniających w części swą funkcyę fizyologiczną przed operacyą. Prócz tego znaleźć można małe przestrzenie, wypełnione tą samą masą, która składa się mikroskopowo z kuleczek tłuszczu i kryształków lecytyny. Niektóre, szczególnie znajdujące się na górnym biegunie amputowanego guza mniejsze guzki dadzą się z łatwością z torebki łącznotkankowej wyłuszczyć.

Wyłuszczone gruczoły chłonne pachowe są soczyste, powiększone, na przekroju w krew obfite; makroskopowo nie widać w nich żadnej tkanki patologicznej.

Badanie mikroskopowe [7]). Kawałki, użyte do badania drobnowidowego, utrwalono w zgęszczonym roztworze sublimatu, zabarwiono w wodnym rozczynie hematoksyliny ałunowej, zatopiono w parafinie, następnie sporządzono z nich skrawki grubości 10 μ, poczem podbarwiono je wodnym rozczynem barwika „bordeaux“.

Większa część skrawków, sporządzonych z rozmaitych części guza, przedstawia obraz tak obfitego podścieliska łącznotkankowego, że właściwego miąższu gruczołowego prawie ani śladu niema, podczas gdy w innych skrawkach znajdują się gruczoły w miernej ilości. W partyach, pozbawionych właściwych gruczołów, znajdujemy podłużne pasy tkanki łącznej włóknistej obok ognisk tkanki siateczkowatej, między tymi zaś gdzieniegdzie poprzecznie przecięte przewody gruczołowe, wypełnione grudkami jednolitemi bez żadnej budowy i rozpadającemi się komórkami nabłonkowemi i naczynia krwionośne, otoczone naciekiem komórkowym. Ten składa się z komórek jedno- i wielojądrzastych. Pierwsze są dwojakiego rodzaju: małe i wielkie komórki, z których ostatnie tem się odznaczają, że ich gruboziarnista protoplazma silnie się na czerwono zabarwiła barwikiem „bordeaux“. Największe podobieństwo mają te większe komórki do komórek tucznych; jaką rolę one tu odgrywają i jakiego są pochodzenia, trudno mi powiedzieć.

Jeśli sobie uprzytomnimy przebieg tego cierpienia, to widzimy, że pacyentka nasza przez dłuższy czas cierpiała na powierzchowne owrzodzenia chorego sutka, które się jeszcze raz powtórzyły. Jest więc rzeczą jasną, że z temi w parze iść musiało zapalenie przewlekłe i że naciek drobnokomórkowy około naczyń można uważać za wynik owego zapalenia. Ribbert [8]), zajmując się obszernie sprawą zapalenia, wypowiada o pochodzeniu komórek, spostrzeganych w naciekach przewlekłych, zdanie, że komórki wielojądrzaste, leukocyty, pochodzą z krwi, która czerpie je ze szpiku, jednojądrzaste zaś powstają na miejscu i należy je uważać za pochodzące z pierwiastków stałych, a mianowicie śródbłonków naczyń i przestrzeni limfatycznych.

Na tych samych skrawkach widać jeszcze gdzieniegdzie w wiotkiej tkance łącznej ogniska obumarłe, jakkolwiek nieliczne; w ogniskach tych są gromadki okrągłych, drobnych komórek, których jądra się bardzo źle barwią.

W skrawkach, pochodzących z innych części badanego guza, występuje już wyraźniej miąższ gruczołowy, nie dają one jednakże obrazu prawidłowego gruczołu sutkowego, gdyż widzimy i tu podścielisko łącznotkankowe tak bardzo rozwinięte, że właściwie co do ilości niemal przeważa ono nad właściwą tkanką gruczołową. Wśród tkanki łącznej włóknistej i luźnej siateczkowatej rozsiane leżą podłużnie wyciągnięte, drzewkowato się rozgałęziające gruczoły, które w niektórych miejscach układają się w małe zraziki. Wyścielone są one wszędzie wzdłuż całego swego przebiegu nabłonkiem jednowarstwowym, który nigdzie nie przechodzi w bujanie atypowe. W niektórych miejscach znowu przechodzą gruczoły te w małe torbielki, wyścielone tym samym nabłonkiem. W otoczeniu gruczołów znajdują się naczynia krwionośne, otoczone wyżej wspomnianym naciekiem drobnokomórkowym; gdzieniegdzie widać przewody gruczołowe. Wyłuszczone gruczoły chłonne pachowe są wprawdzie przerosłe, soczyste, przekrwione, mikroskopowo jednak nie znajdujemy w nich żadnych składników obcych (przerzutów mięsakowych lub rakowych).

* * *

Pozostaje nam jeszcze odpowiedzieć na pytanie, któreśmy sobie zadali z samego początku, a które właściwie skłoniło nas do napisania tych kilku słów, mianowicie, czy opisane cierpienie wywiera pewien wpływ na miesiączkowa-

[5]) i [6]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 3.

[7]) Preparaty mikroskopowe raczył łaskawie przeglądnąć prof. anatomii patolog. Dr. Stan. Ciechanowski, za co na tem miejscu serdeczne podziękowanie mu składam.

[8]) Ribbert: Deutsche med. Wochenschrift, 1889. Nr. 6; Centralblatt f. allg. Pathologie, I. 1890, Seite 677; Ziegler's Beitraege. Bd VI, 1889, S. 187.

nie, czy sprowadza w końcu zanik mięśnia macicznego? Aby na to dać dokładną odpowiedź, pozwolę sobie przytoczyć kilka ważniejszych szczegółów z przebiegu tego cierpienia. Pacyentka, licząca lat 36, miesiączkowała zawsze aż do obecnej chwili prawidłowo, z wyjątkiem okresu kilkuletniego, w którym cierpiała na bledniczę[9]. Już w czasie, kiedy sutek zaczął się coraz więcej powiększać, trzy razy rodziła siłami natury. Podczas ciąży oba sutki zwiększały się, wydzielały mleko; jednakże czynność wydzielnicza sutka chorego była o wiele słabsza, niż sutka lewego, zdrowego. Po porodach, ponieważ chora, stosując się do mego zalecenia, nie karmiła, wydzielanie się mleka ustało, czego następstwem było nieznaczne zmniejszenie się obu sutków.





Wkrótce potem nastąpił znowu rozrost sutka do stanu, który widzimy na załączonych obrazach fotograficznych. (*Fig. 1 i 2*).

Na podstawie wywiadów, przebiegu cierpienia i badania drobnowidowego sądzę, że jestem uprawniony do wniosku, iż rozlany przerost gruczołu piersiowego nie stoi w żadnym związku z miesiączkowaniem, ani też nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na czynność fizyologiczną wewnętrznych narządów płciowych, nie sprowadza więc zaniku macicy.

Mogę więc moje dawniejsze przypuszczenie[10]), mimo zdań przeciwnych Billrotha, Fränkla i Scheina w zupełności potwierdzić.

II. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń.

Podał
Dr. Roman Barącz
Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

(Dokończenie).

Wyłuszczenie wysoko usadowionych nowotworów odbytnicy. Dr. R. F. Weir w Roosevelt Hospital wyciął wysoko usadowionego raka na granicy odbytnicy i zagięcia esowatego zmodyfikowanym przez siebie sposobem Maunsella z Nowej Zelandyi. Sposób ten, mniej znany u nas, zasługuje na większe uwzględnienie, ponieważ ocala dolny odcinek odbytnicy. Sposób Maunsella polega na otwarciu jamy brzusznej powyżej spojenia łonowego, oddzieleniu szerokiem otrzewnej od części jelita, zajętej nowotworem, ściągnięciu nowotworu na zewnątrz przez rozszerzony palcami odbyt lub po przecięciu odbytnicy aż do kości ogonowej, zatem wynicowaniu jelita wraz z nowotworem, resekcyi części zajętej nowotworem, szwie okrężnym od strony błony śluzowej, wciągnięciu tak zaszytego jelita do góry, zaszyciu otrzewnej i zaszyciu powłok brzusznych.

Operacya odbywa się w położeniu Trendelenburga przy użyciu specyalnego rozwieracza rany laparotomijnej i wprowadzeniu specyalnego retraktora kiszkowego.

Weir zmodyfikował sposób Maunsella o tyle, że po przecięciu otrzewnej i oddzieleniu zajętej nowotworem części jelita aż do kości ogonowej i od przedniej części gruczołu krokowego, podwiązuje tętnicę odbytnicową górą *(a. haemorrhoidalis superior)*, przecina podwójnie podwiązane jelito ponad i pod nowotworem i wyłuszcza nowotwór od strony jamy brzusznej; przyżega błonę śluzową kikutów resekowanych czystym kwasem karbolowym; następnie wciąga najpierw obwodowy koniec przeciętego jelita na zewnątrz przez odbyt, rozszerzony palcami asystenta, wreszcie wynicowuje na zewnątrz podwiązany górny koniec jelita. Po zeszyciu wpochwionych w siebie resekowanych końców, wciąga miejsce szwu od strony jamy brzusznej, zaszywa otrzewnę i powłoki brzuszne.

Zmodyfikowana przez Weira metoda Maunsella ma te korzyści, że pozwala wyłuszczać doszczętnie i bezkrwawo nowotwory, wysoko w odbytnicy usadowione, że zabezpiecza kontrolę nad oddawaniem kału przez utrzymanie

[9]) Patrz ogłoszony przypadek w „Wien. klin. Wochenschrift", 1901, Nr. 3.

[10]) Wien. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 3.

dolnego końca odbytnicy i że ułatwia założenie szwu kiszkowego na wpochwionych w siebie resekowanych końcach.

Operacya na narządach moczopłciowych. Wobec chirurgicznych chorób nerek znajdują w Ameryce zastosowanie wszystkie znane sposoby badania, mające na celu wykazanie sprawności drugiej nerki, zatem: obmacywanie, cewnikowanie moczowodów, próba florydzynowa, kryoskopia krwi, a nawet najnowsze sposoby oddzielnego zbierania moczu z obu połów pęcherza przez przegrodzenie go separatorem. Nadto prawie w każdym przypadku, a osobliwie w przypadkach, podejrzanych na kamicę dróg moczowych, zdejmują obrazy Röntgenograficzne. Dzięki ulepszonym przyrządom daje się umiejscowienie kamieni nerkowych oznaczyć bardzo dokładnie, co znowu wpływa na ułatwienie i uproszczenie zabiegów chirurgicznych.

Z operacyi na nerce byłem obecny przy wykonaniu kilku nefropeksyi i pyelotomii.

Nefropeksyę wykonują Amerykanie najwięcej sposobem G. M. Edebohlsa (Nowy York). Sposób ten opiszę szczegółowiej, ponieważ mniej jest u nas znany. Chorego układa się na brzuchu z grzbietem, podniesionym przez podłożenie pod górną część brzucha specyalnej wałkowatej poduszki powietrznej, przez co wypukla się grzbiet, a łuki żebrowe oddalają się od grzebienia kości biodrowej. Cięcie prowadzi się na bocznym brzegu mięśnia prostującego kadłub (*m. erector trunci*) od 12 żebra aż do grzebienia kości biodrowej. Włókna mięśnia szerokiego grzbietu przedziela się na tępo wzdłuż bocznego brzegu mięśnia prostującego kadłub bez otwierania jego powięzi. Następnie przecina się powięź poprzeczną, ochraniając o ile możności nerw biodrowo-podbrzuszny (*ileohypogastricus*). Przecina się pochwę mięśnia czworobocznego lędźwi, począwszy od 12 żebra aż do grzebienia kości biodrowej. Nerkę oddziela się na tępo wraz z torebką tłuszczową, wyważa się ją na zewnątrz i wycina torebkę tłuszczową. Nerkę i górną część moczowodu obmacuje się; w razie wskazań wykonuje się teraz nakłucie albo nacięcie. W razie powikłania sprawą chorobową w wyrostku robaczkowym*) nacina się otrzewnę na bocznym brzegu nerki, odprowadza napowrót nerkę, wyszukuje okrężnicę wstępującą (*caput coli*) i wycina albo wpochwia się wyrostek robaczkowy do kiszki ślepej. Po zaszyciu otrzewnej wyważa się napowrót i przyszywa nerkę. W tym celu nacina się na wolnym brzegu nerki jej torebkę właściwą podłużnie na zgłębniku rowkowanym na całej długości grzbietu nerki, oddziela torebkę aż do połowy nerki obustronnie. Teraz zakłada się cztery szwy, utwierdzające nerkę w ten sposób, że dwa szwy leżą na przedniej, a dwa na tylnej powierzchni nerki. Do szwu używa Edebohls katgutu chromowego, „silkworm", albo ścięgna kangura. Każdy szew przeszywa torebkę właściwą nerki blizko miejsca oddzielenia jej od miąższu nerkowego. Górne szwy zakłada się obustronnie w środku górnej połowy nerki, dolne w środku dolnej połowy. Każdy szew przeprowadza się zapomocą igły prostej Hagedorna w ten sposób, że przebija on najpierw torebkę od wewnątrz na zewnątrz w miejscu oddzielenia jej, następnie przechodzi pomiędzy miąższem nerkowym, a nieoddzieloną torebką zaraz na granicy załamka oddzielonej torebki na długości 3 ctm. równolegle do długiej osi nerki, następnie wykłuwa się go przez torebkę od zewnątrz na wewnątrz. Ośm wiszących końców nici przeprowadza się przez mięśnie głębokie na przednim i tylnym brzegu cięcia. Szwy śródkowe przeszywają powięź mięśnia czworobocznego lędźwi, mięsień czworoboczny i mięsień prostujący kadłub; szwy boczne powięź poprzeczną i mięsień szeroki grzbietu, wszystkie szwy przeszywają wreszcie ostatni mięsień. Przed związaniem tych szwów zaszywa się ranę w mięśniach i powięzi zapomocą 4—6 szwów węzełkowych w ten sposób, że powierzchnia ranna mięśnia czworobocznego lędźwi leży naprzeciw nerki. Teraz dopiero wiąże się szwy ustalające nerkę, przez co powierzchnia obnażona nerki zbliża się do obnażonego z powięzi mięśnia czworobocznego lędźwi. Chory leży przez 3 tygodnie.

Edebohls wykonał na 186 chorych 206 nefropeksyi swoim sposobem; przytem w 68 przypadkach przyszył obie nerki na jednem posiedzeniu, w 6 na 2 posiedzeniach; w 46 przypadkach usunął na tem samem posiedzeniu wyrostek robaczkowy przez wgłobienie; w 6 przypadkach amputował wyrostek robaczkowy; nadto w wielu przypadkach wykonał na tem samem posiedzeniu albo później inne zabiegi na tych samych chorych. Edebohls stracił 3 chore, niezależnie jednak od samego zabiegu. Śmiertelność w jego przypadkach = 1·55%.

Edebohls nie miał ani nawrotów choroby, ani też nigdy nie zauważył przepuklin lędźwiowych po tym zabiegu.

Podług metody Edebohlsa wykonali w mojej obecności kilka nefropeksyi Elliot i Mc Cosh w „Presbyterian hospital" w Nowym Jorku; Mc Cosh wyciął w 2 przypadkach także wyrostek robaczkowy; podwójna ta operacya w obu przypadkach dała się wykonać stosunkowo łatwo; resekowany wyrostek robaczkowy w obu przypadkach zawierał ropę.

Na tem miejscu muszę wspomnieć, że Edebohls pierwszy jeszcze przed kilku laty zwrócił uwagę na częste powikłania nerki wędrującej prawej ze sprawami zapalnemi w wyrostku robaczkowym. Edebohls tłómaczy to równoczesne występowanie obu spraw chorobowych w ten sposób: nerka wędrująca wywiera ucisk na dwunastnicę i głowę trzustki; przez to bywają uciśnięte górne naczynia krezkowe, przebiegające pomiędzy głową trzustki, a trzonami kręgów, a tem samem powstaje zastój żylny w wyrostku robaczkowym. Wskutek tego zastoju żylnego powstają zmiany patologiczne w wyrostku. Podług Edebohlsa u 60% chorych, cierpiących na nerkę wędrującą, znajdują się zmiany w wyrostku robaczkowym.

Murphy postępuje nieco w odmienny sposób: wykonuje on cięcie ukośne, drążące aż do torebki tłuszczowej, którą pozostawia i oddziela ostrożnie od niej nerkę. Po wyważeniu nerki nacina na wolnym brzegu i oddziela torebkę właściwą do połowy nerki. Następnie fałduje torebkę po obu stronach nerki i przeszywa od przodu i tyłu 3-ma szwami z grubego katgutu lub „silkwormu". Każdy z 6 szwów przeprowadza przez sfałdowaną torebkę po 2 razy, przez co tworzy się 6 par pętli; każdą z pętli przeszywa się przez głębokie mięśnie i wiąże pętle nad mięśniami. Przez to przybliża się obnażoną część nerki do głębokich mięśni. Ranę skórną zaszywa.

Chirurdzy amerykańscy, jak z powyższego okazuje się, zarzucili zupełnie metody nefrorafii, przy których sam miąższ

---

* Jeżeli idzie o nerkę wędrującą prawą.

nerkowy bywa ujęty w szwy; ograniczają się tylko do częściowej dekortykacyi nerki i wykonują nefropeksye w ten sposób, że oddzielona torebka nerkowa, przyszyta do głębokich mięśni grzbietu, przybliża obnażoną z torebki nerkę, przez co zrosty bywają o wiele silniejsze.

Wobec kamicy miedniczek nerkowych wykonują amerykanie najczęściej pyelotomię z natychmiastowem zaszyciem miedniczki nerkowej. Murphy wykonywa operacyę tę w sposób następujący: cięcie ukośne, jak do nefrektomii, tępe oddzielenie torebki tłuszczowej nerki bez naruszenia torebki właściwej, ostrożne wyważenie nerki na zewnątrz, odsłonięcie miedniczki nerkowej, dokładne oznaczenie położenia kamienia, nacięcie miedniczki, wydobycie kamienia, przekonanie się zgłębnikiem o drożności moczowodu, zaszycie miedniczki szwem z cieniutkiego jedwabiu, odprowadzenie nerki, szew powłok brzusznych bez sączkowania.

Wobec przerostu gruczołu krokowego chirurdzy amerykańcy skłaniają się do ogólnego przyjęcia operacyi doszczętnych, t. j. prostatektomii. Prostatektomia drogą międzykrocza zyskała najwięcej zwolenników i można powiedzieć, że przyjęta została tam, jako operacya typowa i operacya z wyboru; natomiat prostatotomia galwanokaustyczna, czyli tak zw. operacya Bottiniego, mało bywa wykonywaną.

Murphy (Chicago) wykonywa prostatektomię podtorebkową podobnie, jak to polecił Rydygier, z tą różnicą, że wyłuszcza cały gruczoł i zawsze usuwa wraz ze średnim płatem część tylnej ściany cewki moczowej. Chorego układa się w pozycyi, jak do cięcia kamienia. Następnie wprowadza się zgłębnik cewkowy rynienkowy Fergussona i pod jego kontrolą wykonywa się operacyę. Cięcie prowadzi się najpierw w kształcie podkowy, której ramiona sięgają do wysokości odbytu, następnie cięcie wzdłuż szwu międzykrocza; zatem cięcie w postaci *Y*. Oba cięcia pogłębia się aż do błoniastej części cewki moczowej. Do odbytnicy wprowadza się szeroki wziernik Simsa. Pod kontrolą palca nacina się w odbytnicy części miękkie pomiędzy cewką a odbytnicą i w ten sposób odsłania się gruczoł krokowy i oddziela go od odbytnicy. Gruczoł krokowy spycha się następnie ku dołowi zapomocą zgłębnika rowkowanego w pęcherzu, którego dziób obraca się ku dołowi. Następnie nacina się torebkę jednego płatu gruczołu krokowego równolegle do przebiegu cewki moczowej i wyłuszcza na tępo odpowiedni płat, ściągając go na dół hakami ostrymi i oddzielając nasadę gruczołu od jego strony górnej tylnej. Podobnie postępuje się z drugim płatem. Wreszcie odłuszcza się płat środkowy, starając się o ile możności nie nadwerężyć przedniej części jego, t. zw. przesmyku *(isthmus)*, albowiem ta nie przedstawia zmian chorobowych i nie powoduje jak wiadomo zatrzymania moczu. Natomiast usuwa się wraz z płatem środkowym tylną ścianę cewki moczowej. Pęcherza nigdy nie należy otwierać. Do pęcherza wkłada sączek przez ranę w międzykroczu na kilka dni. Ranę zmniejsza kilku szwami głębokimi z katgutu i powierzchownymi z „silkwormu“ i tamponuje ją częściowo gazą, napojoną tlenojodkiem bizmutu *(bismuthum subjodatum)*. W celu lepszego drenowania pęcherza układa chorego w pozycyi siedzącej na 5 dni, a po upływie tego czasu pozwala choremu wstawać. Po 5 dniach usuwa sączek z rany w międzykroczu i wkłada cewnik *à demeure*. Choremu podaje jako napój większą ilość wody, prócz tego fosforan sodowy i urotropinę, jako lek antyseptyczny. Prostatektomię nadłonową ogranicza Murphy do przypadków wyjątkowych z olbrzymim przerostem gruczołu krokowego. Droga przez międzykrocze jest według niego najprostszą, bezkrwawą, przytem najmniej uszkadza odbytnicę i sączkuje najlepiej pęcherz. W kilkunastu przypadkach, w ten sposób operowanych, miał Murphy bardzo zadowalające wyniki.

Jakkolwiek się nieda zaprzeczyć, że sposobem Murphyego daje się usunąć gruczoł krokowy doszczętnie, to jednak ma ta metoda te niekorzyści, że stanowi zbyt wielki zabieg i że rani przewody nasienne. Dlatego dałbym stanowczo pierwszeństwo metodzie, podanej przez L. Rydygiera jeszcze w r. 1900 na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, t. j. śródtorebkowemu wyłyżeczkowaniu lub resekcyi śródtorebkowej gruczołu krokowego. Przez pozostawienie przedniej części płatu środkowego gruczołu przy sposobie Rydygiera przewody nasienne nie bywają naruszone, rzecz ważna osobliwie u osób młodszych, u których czynności płciowe są jeszcze zachowane; u osób starszych zaś jest zabieg sam znacznie łagodniejszym, aniżeli wyłuszczenie całkowite.

A. J. Ochner w Chicago, dawniej zwolennik prostatektomii nadłonowej, zarzucił ją prawie zupełnie na korzyść prostatektomii przez międzykrocze.

Willy Meyer jest również zwolennikiem prostatektomii drogą międzykrocza w zwykłych przypadkach. Przy powikłaniach jednak kamicą pęcherzową wykonywa on albo cięcie nadłonowe, które służy zarazem do wydobywania kamienia, albo też w ostatnich czasach wykonywa najpierw litotrypsyę z prostatotomią galwanokaustyczną sposobem Bottiniego na tem samem posiedzeniu. Ponieważ doświadczenie Meyera ogranicza się tylko do 3 przypadków, leczonych litotrypsyą z następową prostatotomią galwalnokaustyczną, dopiero przyszłość wykaże, który z dwóch wyżej podanych sposobów zasługuje na pierwszeństwo w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, powikłanego kamicą pęcherza. Zdaje się, że w podobnych przypadkach należy indywidualizować.

Wobec włókniako-mięśniaków macicy Amerykanie są zachowawcami; wykonywują oni myomotomię nawet wobec znacznej ilości i wielkich włókniako-mięśniaków macicy, a histerektomię wykonywują tylko u osób po skończonym wieku przejściowym. Chore też o wiele łatwiej godzą się na operacyę, jeżeli się je zapewni, że macica da się w całości utrzymać. A. Mc Cosh w „Presbyterian Hospital“ w Nowym Yorku, który w mojej obecności wykonał kilka myomotomii, zapewniał mnie, że nawet po wyłuszczeniu bardzo znacznych włókniako-mięśniaków, w przypadkach, w których macicę musiał przepołowić w celu wyłuszczenia znacznej liczby tych guzów, chore potem bez szkodliwych następstw zachodziły w ciążę. Włókniaki powierzchowne o szerokiej podstawie wyłuszcza on po okrojeniu naokoło cięciem owalnem, jamy zaszywa kilkoma rzędami szwów z katgutu. W razie przypadkowego otwarcia jamy macicy wyskrobuje on ją ostrą łyżką i zaszywa katgutem. W razie bardzo znacznej liczby włókniako-mięśniaków, sięgających do jamy macicy, przepoławia albo przednią albo tylną jej ścianę, albo całą macicę i po wyłuszczeniu guzków zaszywa starannie macicę głębokimi i po-

wierzchownymi szwami, przyczem jamę macicy sączkuje przez pochwę.

Przy tyłopochyleniach macicy Amerykanie albo skracają więzadła okrągłe (operacya Aleksandra Adamsa), albo też wykonywują histeropeksyę brzuszną. Histeropeksyę wykonywują najczęściej sposobem Kellyego: po otwarciu brzucha przerywają albo przecinają zrosty pomiędzy podwiązkami, wprowadzają macicę w silne przodopochylenie, przeprowadzają przez górną część tylnej ściany szew obejmujący ściany macicy i przyszywają macicę do otrzewnej ściennej. Zwykle dwa szwy wystarczają do przymocowania macicy; macica ma po tym zabiegu wracać do prawidłowego przodozgięcia.

Prócz zwykłego zewnątrz otrzewnego sposobu skracania więzadeł okrągłych (operacya Aleksandra Adamsa), zastosowują Amerykanie często śródotrzewnowy sposób skracania ich, podany przez H. T. Byforda z Chicago. Sposób ten polega na laparotomii w okolicy podbrzusznej dolnej, wyszukaniu więzadeł krągłych, zdwojeniu ich w pętlę, zwróconą ku przodowi, zeszyciu razem ramion tak utworzonej pętli i przyszyciu jej do więzu Pouparta. Sposób Byforda jest właściwie modyfikacyą już dawniej podanej metody W. Gilla Wylie, polegającej na utworzeniu podobnego fałdu ku tyłowi bez przyszywania go do więzu Pouparta. Mojem zdaniem sposób Byforda, zresztą bardzo racyonalny, powinien znajdować zastosowanie jedynie w tych przypadkach, w których wskazane jest skrócenie więzadeł jako operacya dodatkowa do laparotomii, przedsięwziętej w innym celu.

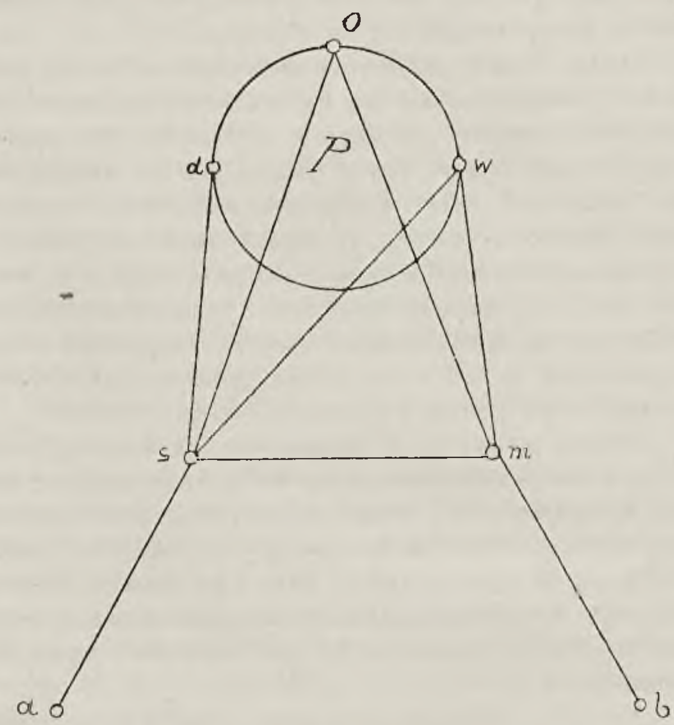
III. Choroby uszne, a zaburzenia mowy, ich stosunek wzajemny i wpływ na rozwój umysłowy człowieka[1].

Podał

Dr. R. Spira.

Na innem miejscu[2]) przedstawiłem istotę zaburzeń afatycznych w ogóle, różne ich postacie, przyczyny, sposoby powstawania i umiejscowienie. W niniejszej rozprawie zamierzam rozpatrzyć stosunki, zachodzące między zboczeniami mowy a cierpieniami narządu słuchowego i ich następstwa. Ołtuszewski na podstawie bogatego materyału klinicznego doszedł do przekonania, że największa część przypadków zboczeń mowy wogóle przytrafia się u ludzi, należących do kategoryi zwyrodniałych, mniejszy odsetek tych zboczeń wywołują zmiany chorobowe mózgu, wreszcie pewną rolę przyczynową odgrywają czynniki przypadkowe, jak upośledzenie słuchu przy zmianach w uchu środkowem lub wewnętrznem, w nosie przy wyroślach gruczołowych i t. p.

W celu wykazania związku między słuchem a mową najstosowniej będzie przypatrzeć się sposobowi rozwoju mowy u dziecka. Wkrótce po urodzeniu bodźce słuchowe dostają się przez ucho *a* i nerw słuchowy *a* – *s* (p. szemat) od obwodu do pewnego miejsca w korze mózgowej *s*, które jest przeznaczone do przyjęcia wrażeń słuchowych. W miarę powtarzania się częstego tych wrażeń powstają w tem miejscu pewne zmiany trwałe, t. j. wytwarza się tam pamięć zmysłowa słuchowa, czyli ośrodek słuchowy



czuciowy. Po wytworzeniu się ośrodka *s* wychodzą z niego bodźce, prądy nerwowe do poblizkiego ośrodka *m*, który kieruje ruchami mechanicznymi, wykonywanymi przy mowie. Ośrodek *m*, przez *s* drogą *s*—*m* pobudzony do rozwoju swojej czynności, wysyła znów bodźce ruchowe, inerwujące ku obwodowi do *b*, do mięśni narządów artykulacyjnych. W ten sposób dziecko zaczyna mówić, powtarzać słyszane dźwięki i głosy. Widzimy zatem, jak bodźce słuchowe, dostające się przez ucho do ośrodka słuchowego *s*, dają pochop do powstania całego łuku odruchowego *s*—*m*—*b* i do rozwoju czynności mowy. Im częstsze i dokładniejsze są te wrażenia, tem lepiej rozwija się ośrodek *s*, tem silniejsze i wyraźniejsze są także bodźce, od niego do *m* i *b* idące, tem wydatniejsza także czynność ośrodka ruchowego i dróg ruchowych mowy. Nim to nastąpi, nim ośrodek *s* dostatecznie będzie rozwinięty, podniety, wychodzące z niego do ośrodka mowy w *m*, będą także mniej silne, mniej wydatne. Niedokładny rozwój ośrodka słuchowego i ruchowego mowy i dróg, idących od niego odśrodkowo do narządów artykulacyjnych *m*—*b*, uwydatnia się w niepoprawnej mowie. Przeto też dzieci do pewnego wieku i do pewnego stopnia rozwoju mówią niedokładnie i niewyraźnie z powodu czasowej słabości pamięci ruchowej mowy i niemożności utrzymania w należytym porządku szeregu dźwięków wyrazu, słowem niewyrobionego mechanizmu artykulacyi (Ołtuszewski). Następuje więc z przyczyny trudności mechanicznych opuszczanie zgłosek trudniejszych do wymawiania, przestawianie ich, zamiana jednych na drugie, unikanie słów trudniejszych albo wielozgłoskowych i w następstwie mowa niezrozumiała. Mowę tę, zwykłą u małych dzieci, nazywamy bełkotaniem, mianowicie *fizyologicznem bełkotaniem dziecięcem* z przyczyny ośrodkowej, czynnościowej. W miarę rozwoju dziecka, mowa jego poprawia się coraz więcej, aż staje się zupełnie prawidłową.

[1]) Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 18 listopada 1903 r.

[2]) »Przegląd lekarski« 1903, Nr. 1, 19, 36.

Przypuśćmy teraz, że takie dziecko cierpi na jakąś chorobę ucha środkowego i wewnętrznego i wskutek tego na przytępienie słuchu znaczniejszego stopnia, jakie to pociągnie za sobą skutki? Dziecko takie ciągle otrzymuje wrażenia słuchowe niedokładne, niewyraźne; ośrodki słuchowy i ruchowy i drogi do narządów mowy zostają dłuższy czas albo na zawsze niedostatecznie rozwinięte, a w następstwie mowa bełkocząca pozostaje przez całe życie. Przytem należy uwzględnić jeszcze następującą okoliczność: przez upośledzenie słuchu chore dziecko nie tylko słyszy mało i słabo, t. j. słyszy tylko zblizka i tylko głośną mowę, a niektórych wyrazów wcale nie słyszy, a w dodatku słyszy źle t. j. fałszywie. Częściowych tonów, składających dźwięk, dziecko takie nie pojmuje, głos ma dla niego odmienną barwę dźwiękową, inny charakter tonu. Chory taki słyszy nie tylko ilościowo mniej, lecz także jakościowo odmiennie, niż zdrowy. Głośniejsza mowa dla takiej osoby nie jest zrozumialszą, gdyż głoski, bogatsze w dźwięki, więcej występują na jaw i pokrywają inne, mniej bogate. Nauczenie się mowy jest zatem u takich dzieci utrudnione już przy takim stopniu niedosłyszenia, który jeszcze wystarczy dla zrozumienia mowy u osób, które już umiały mówić. Dalej brak bodźców ruchowych ze strony ośrodków słuchowych do narządów mowy powoduje mniejszą lub większą niedostateczność czucia mięśniowego tych narządów i brak ich dostatecznego wyćwiczenia. Takie dzieci otrzymują zmieniony obraz dźwiękowy zgłosek, źle powtarzają i stąd wadliwa ich mowa, a gdy nawet uczą się mówić, dźwięk ich mowy będzie zawsze zmieniony (Brauckmann).

W ten sposób łatwo zrozumiemy, dlaczego częściowe obustronne zajęcie ucha środkowego lub błędnika u dzieci staje się przyczyną bełkotania i wadliwego wymawiania. Obok bełkotania (psellismus), należącego do zboczeń dysartrycznych, pojawia się czasem także t. zw. bełkotanie w piśmie, polegające na przestawianiu głosek, zamienianiu jednej głoski przez drugą, opuszczaniu i dodawaniu głosek. Chory mówi i pisze zamiast róża — żóra, zamiast lampa — pampa i t. p. Zboczenie to, jako powstałe z powodu braku rozwoju i wprawy ośrodków odpowiednich dróg i narządów artykulacyjnych, jest właściwie pochodzenia ośrodkowego, czynnościowego. Ołtuszewski, jak już wyżej (l. c.) wspomnieliśmy, zalicza bełkotanie, wadliwe wymawianie i mowę nosową, zależne od przytępienia słuchu, do dysartryi, zarówno jak bełkotanie, spowodowane przez inne organiczne zmiany obwodowe, jak n. p. rozszczep podniebienia u dzieci, brak podniebienia, guzy języka, nieprawidłową budowę szczęk, wyrośla gruczolowate, porażenie opuszkowe u dorosłych. Mojem zdaniem niesłusznie Ołtuszewski zalicza zboczenia te do dysartryi, gdyż bełkotanie skutkiem złego słuchu u dzieci należy właśnie podług podziału jego zaliczyć do dysfazyi, ponieważ jest ono następstwem złego rozwoju ośrodków i dróg korowych i dopiero w drugim rzędzie następstwem złego rozwoju i niedostatecznej wprawy dróg odśrodkowych i narządów artykulacyjnych.

Ołtuszewski, który wiele zajmował się zboczeniami mowy u dzieci, nazywa niemotą pozakorową głuchotę niezupełną, zależną bądź od obustronnego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, bądź od obustronnych zmian w błędniku lub uchu środkowem, nabytych w wczesnym wieku, a przytem połączoną ze zboczeniem mowy. Jest ona zbliżona do głuchoniemoty z zachowanemi resztkami słuchu i odróżnia się od zwykłej głuchoty wyrazowej tem, że chorzy rozumieją jeszcze niektóre słowa dawniej im znane, jak n. p. pewne nazwiska, a często mogą je nawet powtarzać, a od zupełnej głuchoty różni się możnością odróżniania szmerów i tonów. Jak bowiem Bleuler wyjaśnia, istnieje dla odróżnienia tonów i szmerów artykulacyjnych mechanizm daleko więcej złożony, niż dla zwykłych tonów, szmerów i melodyi. Odróżnienie tej niemoty pozakorowej od niemoty, powstałej wskutek niedorozwoju psychicznego, jest bardzo trudnem, gdyż u dzieci zbadanie sprawności błędnika jest trudne. Należy zatem śledzić za zmianami w budowie czaszki za pomocą kraniometryi, za t. zw. piętnami zwyrodnienia w szkielecie (czaszki, twarzy i kończyn) i innych częściach ciała, jakiemi są n. p. duży język, grube wargi, ślinienie się, zmiany w oczach, zwyrodnienie psychiczne, idyotyzm, porażenia, padaczka i t. p. Nareszcie wywiady, wskazujące na dziedziczne obciążenie w dziedzinie psychicznej, przemawiają za niedorozwojem, a brak podobnych wskazówek za zajęciem narządu słuchowego.

Jeżeli takie dziecko ogłuchnie, nim zaczęło mówić albo w krótki czas potem, ośrodki i drogi wymienione wcale nie zostają rozwinięte, albo pamięć słuchowa nie dość wyćwiczona słabnie, ginie i cały łuk rzutowy od *a* przez *s* i *m* do *b* (p. szemat) zostaje nierozwinięty czynnościowo, to znaczy, że osoba w wczesnym wieku ogłuchła, staje się także niemą. Głuchoniemota jest, jak to na szemacie można uwidocznić i jak to uczy historya rozwoju i doświadczenie praktyczne, koniecznem i niechybnem następstwem głuchoty, nabytej w wczesnym wieku. Zdaniem Kussmaula górną granicą wieku, niżej której głuchota może jeszcze pociągnąć za sobą utratę mowy u dzieci już mówiących, stanowi wiek pokwitania. Jednakże otyatrzy, ceniąc wyżej i to słusznie znaczenie utraty słuchu, zwykle zbyt mało zwracali uwagę na zmiany w mowie, połączone z utratą słuchu. Bo chociaż mowy można się wyuczyć także za pomocą zmysłów wzroku i dotyku, przecież słuch jest i pozostaje najważniejszem źródłem, niezastąpioną podstawą i pierwszorzędnym regulatorem mowy głosowej.

Ale na tem nie koniec. Utrata słuchu i mowy pociąga za sobą jeszcze inne, niesłychanie ważne następstwa. Wiadomo, że do każdego pierwiastka kory mózgowej dochodzą pobudzenia z jednej strony od obwodu, od nerwów i jąder czuciowych przez włókna czuciowe, z drugiej strony od wewnątrz, t. j. od innego pierwiastka korowego drogą włókien kojarzennych. Jako oddziaływanie na pierwszego rodzaju pobudzenie powstaje odczucie, wrażenie zmysłowe, jako odczyn zaś na podnietę wewnętrzną przychodzi do skutku wyobrażenie zmysłowe. Zdolność odtwarzania wrażeń zmysłowych, to jest pamięć zmysłowa, polega właśnie na tej pobudliwości danego ośrodka zmysłowego nie tylko na bodźce obwodowe dośrodkowe, lecz także na podniety kojarzenne. Wyobrażenie przychodzi tem łatwiej do skutku i jest tem wybitniejsze, im większa sprawność danego pierwiastka, im większa jego wrażliwość na bodźce zmysłowe. Stopień zaś rozwoju, a zatem także sprawność i pobudliwość ośrodków zmysłowych, zależy od częstości i dokładności otrzymanych wrażeń zmysłowych. Im większa sprawność danego ośrodka, im łatwiej wrażenie zmysłowe zostaje wywołane, tem większa pobudliwość także na podniety koja-

rzenne, a więc tem szybciej i łatwiej wyobrażenie przychodzi do skutku.

Gdzie zatem od dzieciństwa brak bodźców zmysłowych, tam nie rozwija się też należycie ośrodek odpowiedni, pamięć zmysłowa i tam musi także wypadać odpowiednie wyobrażenie. Z tego wynika, że upośledzenie słuchu u dziecka musi pociągać za sobą także ścieśnienie zakresu wyobraźni. Pewne wyobrażenia, związane nierozłącznie z wrażeniami słuchowemi, stają się niemożebnemi. Wyobrażeń takich, jak szeptanie, szeplenienie, brzęczenie, wzdychanie, chuchanie i t. d. brakuje już w miernem niedosłyszeniu. W następstwie tego, wyobrażenie o przedmiotach, na których pojęcie składają się wrażenia słuchowe, muszą być niedokładne. N. p. w myśli o pszczole zabraknie wyobrażenia brzęczenia, w wyobrażeniu deszczu, strumyka, skowronka i t. d. zabraknie przedstawienia pluskania, szemrania, śpiewu i t. p. Z tego wynika w dalszym ciągu fałszywy sąd, fałszywa ocena przedmiotów, gdyż takie dziecko nie odróżni dokładnie skowronka od wróbla, bębna od fortepianu.

Wiemy dalej, że wszystkie ośrodki są ze sobą w połączeniu fizyologicznem, że pobudzenie jednego ośrodka udziela się innym i że głównie wrażenia, dochodzące równocześnie do różnych ośrodków, przyczyniają się do wyobrażeń pamięciowych i powstania pojęć konkretnych ze świata zewnętrznego. Świat pojęciowy ma źródło swojej siły w świecie wrażeń zmysłowych. Zmysły dostarczają nam materyału poznania. Tylko za pomocą posiadania obrazów pamięciowych różnych zmysłów: wzrokowych, węchowych, słuchowych, smakowych i dotykowych jesteśmy w stanie rozpoznawać ponownie wrażenia, poprzednio już doznawane. Wiemy dalej, że świadomość świata zewnętrznego składa się z tych wrażeń i pojęć zmysłowych. „Trwałe zmiany, wywołane w polach rzutowych przez przemijające bodźce czyli tak zwane obrazy pamięciowe, stanowią treść naszej świadomości. Skoro zaś obrazy te powstają pod wpływem bodźców zewnętrznych, działających na nasze narządy zmysłowe, przeto treść naszej świadomości zależną jest od istnienia narządów zmysłowych i ich stanu *(id non est in intellectu, quod in sensu non fuerit)*, oraz od odpowiednich im układów rzutowych. Wrodzony brak czynności narządów zmysłowych pociąga za sobą niewytworzenie się odpowiednich im układów rzutowych, a następnie odpowiednich im obrazów pamięciowych. Ponieważ zaś świadomość nasza jest czynnością ośrodkowych pól rzutowych, które tkwią w korze mózgowej, oraz ponieważ świadomość jest czynnością kory, przeto niewytworzenie się układów, a więc pól rzutowych, pod wpływem wrodzonego niedorozwoju narządów zmysłowych upośledza świadomość.“ (W e r n i c k e: Spraw. W a c h h o l z a „Przegl. lek.“, 1901, str. 126).

Wchodzi tu w grę jeszcze jedna okoliczność. Każde wrażenie posiada obok treści zmysłowej jeszcze właściwość wywoływania pewnego nastroju, którą nazywamy t o n e m uczucia. Każdemu spostrzeżeniu zmysłowemu towarzyszy odczucie narządu spostrzegawczego. I w narządzie słuchowym mamy drogi nerwowe, umożliwiające nam ich odczucie, jako narządów. Suma obrazów pamięciowych wszystkich wrażeń, otrzymanych drogą czucia przez narządy, składa się na ś w i a d o m o ś ć n a s z e j c i e l e s n o ś c i. Dzięki ścisłemu kojarzeniu czucia poszczególnych narządów możliwem się staje wytworzenie jednego wielkiego pojęcia naszej cielesności i każde spostrzeżenie zmysłowe budzi w nas także świadomość cielesności *in toto*. Zatem przy każdem spostrzeżeniu odżywa się u nas świadomość cielesności. W skład świadomości cielesności wchodzą także obrazy pamięciowe ruchowe *(Bewegungsvorstellungen — Empfindungen)*, a więc także czucia ruchowe mowy, których wyobrażenia łączą się z wyobrażeniami słuchowemi, podobnie jak wyobrażenia dotykowe łączą się z wyobrażeniami wzrokowemi.

Otóż tworzenie się pierwotnego „ja“, to jest świadomość własnej osoby, zależnem jest od obu tych świadomości, t. j. świadomości świata zewnętrznego i świadomości cielesności. — Dowodem wyższego duchowego rozwoju człowieka jest świadomość jego osobowości, czyli indywidualności, która wskazuje dopiero, że człowiek jest świadomy i przytomny i która polega na wytwarzaniu się u człowieka jego jaźni. Zatem skoro wytworzenie się samowiedzy jaźni zależy od dwóch podstawowych świadomości i te ostatnie powstają tylko za pośrednictwem czynności zmysłowych, to z tego wynika dalej, że rozwój umysłowy człowieka zależy po części pośrednio od ilości i dokładności wrażeń zmysłowych, od zdolności ich kojarzenia, a więc od całości narządów zmysłowych, od ich pobudliwości i wrażliwości (W e r n i c k e). (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

O r b e l i. **Ścisłe porównanie pracy gruczołów pepsynowych przed i po przecięciu gałązek nerwów błędnych.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 46). Orbeli przeprowadził szereg doświadczeń w celu wyjaśnienia znaczenia n. n. błędnych dla czynności wydzielniczej żołądka. Poznawszy wydzielniczą wydolność małego żołądka, wyodrębnionego metodą Heidenhain-Pawłowa, przecinał autor mostek otrzewnowo-mięśniowy, który łączy mały żołądek z dużym i zawiera włókna nerwów błędnych. Pies po operacyi był zupełnie zdrowym i nie wykazywał żadnych zaburzeń ze strony narządu pokarmowego, oprócz wyłączonego żołądka małego. Odżywianie żołądka małego nie było naruszonem, ponieważ naczynia jego nie uległy przecięciu. Wobec tego wszelkie zaburzenia czynności tego żołądka mogły zależeć wyłącznie od przecięcia n. błędnego. Natychmiast po przecięciu czynność wydzielnicza wyosobnionego żołądka obniżyła się znacznie i zmniejszyła się ilość płynnej części soku, oraz całkowita i %-owa zawartość zaczynów. Rozejrzenie się w pracy odosobnionego żołądka w zależności od rodzaju pokarmu i pod wpływem niektórych bodźców wykazało, że upośledzenie czynności żołądka było spowodowane zniesieniem odruchu z jamy ustnej, wypadnięciem tak zw. „soku psychicznego“ i słabszem działaniem bodźców chemicznych. Dalsze badania wykazały, że tłuszcze straciły swą własność tamowania czynności wydzielniczej żołądka, podczas gdy wytwory ich trawienia (mydła) zachowały sokopędne działanie prawie w całości. Z tych doświadczeń wynika, że nerwy błędne są przewodnikami bodźców psychicznych, odruchu z jamy ustnej, tamującego działanie tłuszczów i po części działanie bodźców chemicznych. Oprócz tych zaburzeń w czynności żołądka wystąpiło po przecięciu nerwu błędnego znaczne obniżenie pobudliwości gruczołów, wskutek czego zwykłe porcye pokarmu po upływie 1¾ roku po przecięciu nie wywoływały już żadnej wydzieliny; dla jej wywołania należało użyć silniejszych bodźców, napisz., wyskoku. Zaburzeń w budowie gruczołów, które mogłyby sprowadzić podobne zjawisko, w tym okresie nie było. *Witold Orłowski* (Ptbg).

G e l s i n g i u s. **W sprawie zdwojenia koniuszkowego uderzenia serca.** (*Rus. W.*, 1903, Nr. 47). Zdwojeniem koniuszkowego uderzenia serca nazywamy taki stan, w którym na 2 szybko po sobie następujące uderzenia koniuszkowe, jednakowej lub różnej siły, oddzielone od 2 następnych dłuższą przerwą, przypada jedno macalne tętno. Większość badaczy tłómaczy ten stan w myśl Riegela, jako bigeminię czynności serca. G. przytacza spostrzeżenie z kliniki prof. Wagnera (Kijów), w którem zdwojenie uderzenia koniuszkowego występowało za życia, lecz objawy wysłuchowe (dźwięki i szmery), tętno tętnicze i żylne, odpowiadały nie pierwszemu uderzeniu, jak to było w ogłoszonych dotychczas przypadkach, lecz

drugiemu. Wobec tego przypuszczano za życia, że pierwsze mniejsze uderzenie powstaje na drodze nie czynnego skurczu serca, lecz najprawdopodobniej dzięki utracie sprężystości mięśnia sercowego, wywołanego zapaleniem wsierdzia. Istotnie, sekcya wykazała zwiotczenie i zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. Oprócz tego okazało się, że prawa komora utworzyła oddzielny koniuszek wskutek zupełnego zcieńczenia odpowiedniej części ściany, która składała się tu jedynie ze wsierdzia, osierdzia i między niemi niewielkiej warstwy tłuszczu. Ten koniuszek dodatkowy, stanowiący niby mały tętniak, musiał rozciągać się na szczycie rozkurczu od parcia krwi i wypuklać międzyżebrze, co i stanowiło pierwszą połowę zdwojonego uderzenia koniuszkowego. W tym więc przypadku uderzenie dodatkowe miało cechy nie czynnego uderzenia, jak to bywa zwykle, lecz przedstawiało się biernem. Na podstawie tego spostrzeżenia łączy się G. ze zdaniem prof. Wagnera, że należałoby odróżniać zdwojenie uderzenia koniuszkowego czynne i bierne.

Witold Orłowski (Ptbg).

Prof. Müller. **Uwagi nad leczeniem duru brzusznego.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904, zeszyt I i II). Autor nie zauważył żadnego wpływu dodatniego lub ujemnego po stosowaniu kalomelu w durze. Niebezpieczeństwo duru leży w ciężkości zatrucia, uwydatniającego się może w obniżeniu parcia krwi, które zdaje się prowadzić do wyniku śmiertelnego. Częste, małe i miękkie tętno jest zawsze objawem niebezpiecznym i autor twierdzi, że systematyczne, co dwie godziny stosowane wstrzykiwania kofeiny aż do 1,0—2,0 dziennie wywierają wtedy wpływ wprost zbawienny. W czasie niebezpiecznego obniżenia parcia krwi występuje często, jak zresztą i w zapaleniu płuc, znaczna bębnica; wtedy wielki, ciężki worek lodowy zmniejsza wzdęcie i przekrwienie w brzuchu, przez co parcie krwi i tętno poprawiają się. M., nie stosuje wyskoku w durze, korzystając ze swoich doświadczeń, że w zapaleniu płuc, a szczególnie w grypie, podawanie wyskoku o wiele częściej wywołuje przykre rozdrażnienie czynności serca i układu nerwowego, aniżeli prawdziwe wzmożenie tętna. Tylko jeśliby w długotrwających przypadkach z powodu zupełnego braku łaknienia groziło niebezpieczeństwo wyniszczenia, podawać można bez uszczerbku małe dawki wina; natomiast obfite polecanie ciężkich win, koniaku i t. p. wywołuje tylko grube, cuchnące naloty na języku, a nawet skłonność do wymiotów; i zdrowemu człowiekowi często mdło się robi, jeśli na czczy żołądek wypije wina lub koniaku z jajem. Chłodne kąpiele pozostają nadal bardzo cennym czynnikiem w leczeniu duru, lecz pożyteczność ich nie polega na przejściowem obniżeniu ciepłoty, bo nie uważamy już dziś gorączki za niebezpieczeństwo, lecz skuteczność ich stanowi w pierwszym rzędzie zmniejszenie odurzenia i wzmożenie łaknienia; chory staje się ożywionym, a zimne zlewania wywołują odruchowo głębokie oddechy, najlepiej zapobiegając w ten sposób niedodmie i zapaleniom płuc nieżytowym. Dlatego też nie należy chorego ochładzać zimną kąpielą co kilka godzin, a nawet w nocy; wystarczają krótkie zimne zlewania, a u chorych bardzo osłabionych tylko zimne nacierania. Można też chorego po kąpieli położyć do ogrzanego łóżka, obłożyć ciepłemi bańkami, albo nacierać na ciepło, przez co zapobiega się dreszczom. Wielkie niebezpieczeństwo w durze stanowią krwotoki kiszkowe i przebicia jelit; z tego powodu zaleca się zawsze ścisłą dyetę płynną, co jednak chorych jeszcze bardziej osłabia. Dlatego M., idąc zresztą za przykładem autorów angielskich, francuskich i rosyjskich, zalecił swoim chorym obfite odżywianie, polegające na 1—1½ litra mleka, skrobanem i siekanem mięsie, móżdżku, cienko krajanej cielęcinie, drobiu i tartych ziemniakach; te ostatnie głównie dlatego, by zapobiedz sprawom gnilcowym, opisanym przez Gerhardta. Prócz tego podawał on papki z mąki, ryżu, i grysiku; szpinak, kompot z jabłek, sucharki i kruche bułki. Sucharki chorzy chętnie spożywają, a są one pożyteczne i z tego względu, że żucie suchego pieczywa najlepiej oczyszcza zęby. Mięso i pieczywo nigdy w kawałkach nie dosięgną miejsca wrzodów durowych, gdyż miazga pokarmowa zawsze jest już płynną w jelitach cienkich. Naturalnie, że mięso musi być wolne od ścięgien i chrząstek, a z jarzyn i owoców należy wykluczyć twarde i niestrawne gatunki, jak szparagi, pomarańcze lub winogrona. Od tego pożywienia należy wykluczyć przypadki ciężkie w pierwszych dwóch tygodniach z powodu nieprzezwyciężonego braku łaknienia lub uporczywych wymiotów, jakoteż przy pierwszych oznakach krwotoku lub podrażnienia otrzewnej. Mimo tej dyety M. nie stracił ani jednego przypadku z przedziurawienia jelit, a krwotoki jelitowe były nawet rzadsze, niż przedtem, kiedy przestrzegano ścisłej dyety. Po ustąpieniu gorączki autor nie kładzie tamy łaknieniu chorego i mimo to odsetek nawrotów był mniejszy niż przedtem. Natomiast ciężkie stany wyniszczenia w okresach późniejszych były o wiele rzadsze, zapewne jako następstwo obfitego żywienia.

Ważne znaczenie w leczeniu duru ma pielęgnowanie jamy ustnej. Bajką jest twierdzenie, że suchy twardy język i nalot sadzowaty na wargach i zębach należą do stałych objawów duru: przeciwnie, są one tylko oznaką złej pielęgnacyi, a zapobieganie im jest taksamo ważnem, jak zapobieganie odleżynom. Lecz płókanie ust, czyszczenie zębów szczoteczką, częste picie wody i limoniady nie wystarczą, by język i usta utrzymać w stanie wilgotnym, a wysychanie pochodzi najczęściej z tego powodu, że chorzy odurzeni lub podczas snu oddychają z ustami otwartemi; przytem szczęka często z osłabienia zwisa na dół, wtedy można choremu podłożyć wałek z ręcznika pod brodą, albo podwiązać szczękę lekką, nie rozgrzewającą opaską; nieraz oddychanie przez usta ma miejsce, gdyż oddychanie przez nos jest utrudnione wskutek nieżytu i zatkania przewodów nosowych zbitym śluzem. Dlatego należy kilka razy dziennie usunąć strupy zapomocą przestrzykiwań jamy nosowo-gardłowej ciepłym rozczynem 1% soli kuchennej; o wiele przyjemniej jednak jest dla chorych czyszczenie nosa ciepłym płynem z rozpylacza. Czyste utrzymanie jamy ustnej zapobiegnie niejednemu zapaleniu płuc; prócz tego trzeba chorego co pół godziny układać w inne położenie, raz na prawy, raz na lewy bok, to znowu na wznak, co działa podobnie, jak zimne zlewania, gdyż opadowe zapalenia płuc powstają szczególnie u tych chorych, którzy ssuwając się na dół, leżą ciągle na wznak. Częsta zmiana położenia zapobiega też najlepiej powstawaniu odleżyn. Dla uniknienia zapalenia płuc poleca autor stosowanie tak zw. kociołka oskrzelowego (*Bronchitiskessel*). Jest to kociołek nieco większy, niż w inhalatorze Siegla, z którego długa na ¾, ukośnie ustawiona rurka kieruje parę do ust chorego. Na wrzącą wodę daje się łyżeczkę terpentyny; kociołek stoi w oddaleniu na stołku tak, że koniec rurki jest jeszcze oddalony na 40 ctm. od twarzy chorego. Zabieg ten stosuje się trzy razy dziennie przez jedną godzinę, co ułatwia wykrztuszanie i według autora ma zapobiegać nieżytowemu zapaleniu płuc. Zresztą przyrząd ten oddaje znakomite usługi i w nieżytach oskrzelowych innego rodzaju, jakoteż w odrze i błonicy.

Zapalenie pęcherza moczowego zdarza się w durze o wiele częściej u kobiet, niż u mężczyzn; podawanie urotropiny działa tu znakomicie, a ważnym środkiem zapobiegawczym jest niedopuszczanie do zbytniego rozszerzenia się pęcherza u chorych odurzonych. W ciągu trzechletniego działania autora w szpitalu w Bazylei zaraziły się durem cztery dozorczynie chorych i trzech służących w pracowni, z których jeden miał polecenie zbierania kału chorych dla doświadczeń, a dwaj inni czyścili pipety, szkiełka przedmiotowe i rurki z hodowlami, używanemi do odczynu Gruber-Widala. Prócz tych dozorczyń i służących, którzy bezpośrednio się stykali z jadem duru, nikt nie uległ zakażeniu, pomimo, że chorzy nie byli odosobniani.

Dr. Fels.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 10 lutego 1904 r.

Przewodniczy kol. Prof. Rosner. Obecnych członków 17.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu członków Towarzystwa technicznego krakowskiego i kol. Chramca z Zakopanego.

III Kol. Bier miał zapowiedziany odczyt: „Asanacya Zakopanego, usuwanie nieczystości miejskich.“ Prelegent streszcza swe wywody w następujących wnioskach:

1) Obecny sposób gromadzenia i usuwania nieczystości na przestrzeni stacyi klimatycznej Zakopanego z małymi wyjątkami pozostawia wiele do życzenia pod względem higienicznym i wymaga jak najrychlejszej poprawy.

2) Urządzenie kanalizacyi spławnej ze względów na zdrowie nie jest koniecznem z uwagi na obecną i w ciągu najbliższych lat 20 prawdopodobną gęstość zaludnienia. Zaprowadzenie kanalizacyi spławnej na całej przestrzeni stacyi klimatycznej Zakopanego wymagałoby nawet przy wyłączeniu wód opadowych tak znacznych kosztów, że jest wątpliwem, by gmina Zakopane przy szczupłych swych dochodach była w możności nawet w dalszej przyszłości je umorzyć, a czyniąc to, by nie pozbawiła się możności postępu na wszystkich innych polach użyteczności publicznej.

3) Z systemów opróżniania dołów kloacznych dla stosunków obecnych i na przyszłe lat 20 system szczelnych zbiorników kloacznych, wykonany przez gminę, z wywozem uregulowanym i objętym przez gminę, jest zupełnie wystarczającym i pod względem higienicznym odpowiednim; system ten jest nadto najtańszym w wykonaniu i działalności.

4) Ze względów na znaczne korzyści higieniczne, jakie przedstawia wzorowo urządzonony, zorganizowany, objęty i kontrolowany przez gminę, system kubełków torfowych, nie należy wykluczyć systemu tego w obrębie stacyi klimatycznej tam, gdzie przy nim bezwzględnie obstają. System ten, zastosowany w obrębie całej stacyi, byłby w rocznej swej działalności droższy od systemu szczelnych zbiorników kloacznych, co najmniej $1^1/_2$ raza.

5) Dla usuwania wód nieczystych służyć mogą w najbliższych latach 20 filtry zlewne, pod warunkiem zaprowadzenia wodociągu, zniesienia dotychczasowych studzien i zdrenowania wilgotnych przestrzeni.

6) Do gromadzenia śmieci i innych domowych odpadków stałych należy wprowadzić skrzynki metalowe o pewnym typie i wielkości, zastosowanej do wielkości domu. Opróżnianie skrzynek i wywóz śmieci winien być uregulowany i objęty przez gminę.

7) Ze względu na dalszy rozwój Zakopanego, jako stacyi klimatycznej, należałoby wziąć pod uwagę wyłączenie z dotychczasowego obszaru stacyi klimatycznej przestrzeni najlepiej zabudowanej, wprowadzić na niej obowiązkowe zabudowanie systemem wil i na tej przestrzeni zaprowadzić kanalizacyę spławną, której sieć rozszerzanoby w miarę tworzenia nowych ulic. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi kol Chramiec porusza stronę finansową sprawy asanacyi Zakopanego, a inż. Horoszkiewicz podnosi zalety systemu dołowego.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 lutego 1904 r.

Przewodniczy: Dr. Emil Wekster. Obecnych: 23.

I. Na członków czynnych przyjęto: Dra Stanisława Czarnika, Dra Adama Czyżewicza (*junior*), Dra Antoniego Rydygiera.

II. Kolega Doc. Dr. M. W. Herman przedstawia: a) Chorą *A. T.*, l. 27, dotkniętą twardzielą krtani, u której w 3 tygodnie po częściowem wycięciu wola (miąższowego) sposobem Kochera wystąpiła tężyczka, a w parę dni później padaczka. Kurcze tężyczkowe utrzymywały się niemal stale, zwłaszcza w kończynach dolnych. Stopy w maksymalnem zgięciu podeszwowem nie pozwalały chorej chodzić. Mimo podawania kołaczyków z gruczołu tarczykowego (fabr. Mercka) przemienne pojawianie się kurczów tężyczkowych i padaczkowych nie ustępowało wcale. Wówczas wszczepiono chorej pod sutek część gruczołu tarczykowego, wyciętego u innej chorej również z powodu wola. Efekt był natychmiastowy. Na drugi już dzień przykurczenia stóp ustąpiły, a napady kurczowe znikły odtąd całkowicie. Mimo oszczędne postępowanie przy strumektomiach, takie powikłania zdarzają się od czasu do czasu i opisują je Szuman, Schramm, Meinert, Turetta, Schilling, Kocher, Westphal, Eiselsberg, J Hoffmann, Erhardt i in. W klinice Rydygiera na paręset strumektomii, wykonanych w Krakowie i Lwowie, spostrzegano 1) ostrą tężyczkę, która po kilku dniach zakończyła się śmiercią; 2) przemijającą padaczkę; 3) kombinacyę tężyczki z padaczką. Najprawdopodobniej padaczka, jaka występuje po strumektomii, jest zupełnie inna od zwykłej samoistnej i może uznać by ją należało za napady tężyczki padaczkowatej. Zapatrywanie to popiera prelegent spostrzeganiem chorej przedstawionej i wnioskami, zaczerpniętymi z piśmiennictwa.

b) Chorego *L. K.*, l. 50 kilkakrotnie już, a zawsze bezskutecznie operowanego z powodu nabłoniaka oczodołu W ostatnich miesiącach pojawił się nawrót w formie nie nadającej się do operacyi. Owrzodzeniu towarzyszyły dolegliwe bole. Rozpoczęto przeto w klinice chirurgicznej U. L leczenie röntgenoterapią. Już po paru posiedzeniach bole znikły, a po kilkunastu zabliźniło się owrzodzenie. Równocześnie jednak wypadły choremu w znacznej części włosy z głowy, wąsów i brody po stronie naświetlanej, a jakkolwiek naświetlań zaprzestano już od miesiąca, nowe nie wyrastają.

Dyskusya: R. Rencki spostrzegał tężyczkę u chorych z cieśnią odźwiernika i rozstrzenią żołądka. Napady ustępowały bezpowrotnie po gastroenterostomii.

III. Kol. prof. W. Łukasiewicz przedstawia: 1) Chorego, lat 58, ze zmianami w postaci plam barwikowych i blizn powierzchownych po przebyciu pęcherzycy złośliwej. Chory pozostawał w klinice przez 3 miesiące. Zmian na błonach śluzowych nie było. Leczenie polegało na ciepłych kąpielach codziennych i na podawaniu wewnętrznie chlorku chininy 2 razy dziennie po 0·50 i *tinct. strophanti*. Prelegent odnosi wrażenie, że chinina jest jakoby rodzajem leku swoistego przeciw pęcherzycy, wspieranym dzielnie przez *tra strophanti*. 2) Chorego lat 42, z objawami pęcherzycy pospolitej na błonie śluzowej podniebienia miękkiego i łuków, na bocznych częściach języka i na dziąsłach. Objawy te trwają już od kilku miesięcy i uważane były prawdopodobnie za zmiany kiłowe, jak o tem sądzić można z zalecanego sposobu leczenia. W ostatnich tygodniach pojawiła się nieznaczna i typowa wysypka na skórze klatki piersiowej. Prelegent zwraca uwagę, że w omawianem cierpieniu pierwotne zmiany na błonie śluzowej jamy ust nie należą do wyjątków. Obecnie n. p. pozostaje w klinice dermatologicznej w leczeniu z powodu ciężkiej pęcherzycy 29-letnia kobieta, u której już przed dwoma laty pojawiły się pierwsze zmiany w ustach, takie, jak u przedstawionego pacyenta.

IV. Kol. doc. Dr. M. W. Herman odczytał rzecz p. t. »Zarys ogólnej chirurgii płuc« (drukowana w »Now. lek.«).

Dyskusya: Kol. Dr. Schutt zestawia 12 przypadków ran kłutych i postrzałowych płuc, spostrzeganych w oddziale chirurg. prof. Ziembickiego. W jednym przypadku S. zeszył obie rany w płucach z powodu znacznego krwotoku i, jak się przekonał, ze skutkiem. Chory uległ jednak bezkrwistości w 36 g. po operacyi. W drugim przypadku wytworzyło się ograniczone zapalenie ropne opłucnej. Pozostałych 10 przypadków wyleczyło się bez powikłań. W końcu wspomina S. o 3 przypadkach operowanych ropni płuc, z których jeden zakończył się śmiercią z powodu ropni następowych w płucu drugiem.

Kol. Dr. F. Obtułowicz wspomina o wyleczonej ranie postrzałowej płuc i o zabliźnianiu się głębokiej przetoki płuc po wyłyżeczkowaniu jej ścian.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

VI. Poglądy lekarzy starożytnych na przyczynę, przebieg i leczenie raka.

Napisal

Dr. Jan Lachs.

(Dokończenie.)

V.

Galen.

Trudno nie pisać o Galenie, gdy się zastanawiamy nad pojmowaniem raka przez starożytnych lekarzy. Wszak niema, rzec można, żadnego zagadnienia lekarskiego lub przyrodniczego, nad któremby się Galen bliżej nie zastanawiał. Rakowi zaś poświęca tyle czasu i miejsca, że szczegółowe zapoznanie się z jego poglądami w tym kierunku wymagałoby specyalnego studyum. To też ograniczymy się w notatce niniejszej jedynie do tych prac, które uważamy za niezbędne dla zrozumienia rzeczy. Jak wiele innych spraw lekarskich i przyrodniczych, bardzo trudnych do zrozumienia i wytłómaczenia, tak i ta nie przedstawia dla niego trudności. Dla wytłómaczenia przyczyny, przebiegu i leczenia cierpienia znajduje z łatwością teorye, które mu poglądy jego pozornie tłómaczą. Rola, którą Galen w całej swojej patologii sokom, a zwłaszcza chorobliwej mieszaninie krwi, przypisuje, odgrywa i w tem jego dziele niepoślednie znaczenie. Do takiej złej mieszaniny krwi przychodzi bardzo często z powodu niewydzielania się soków niepotrzebnych ustrojowi. Najprostszym przykładem tego stanu patologicznego jest brak miesiączki u osób, które miesiączkować powinny.

Z wstrzymaniem się miesiączki przychodzi do nagromadzenia się w ustroju czarnej żółci, która się staje bezpo-

średnim bodźcem do wytwarzania się nowotworu złośliwego. Bliższy proceder, towarzyszący powstawaniu tego cierpienia, jest następujący: Wątroba jest narządem wytwarzającym krew. Jak długo ona jest w stanie odpowiedzieć temu swojemu najważniejszemu zadaniu, tak długo czyni zadość i drugiemu, niemniej może ważnemu t. j. wytwarzaniu żółci. Żółć, wytworzoną przez wątrobę, oczyszcza wśród prawidłowych warunków śledziona. Gdy z jakiego powodu przychodzi do nagromadzenia się nadmiaru soków, narządy wewnętrzne niszczeją i nie mogą więcej odpowiedzieć swojemu zadaniu. Jednym z narządów, który z tego powodu bardzo szybko ulega zasłabnięciu, jest śledziona. Skoro tylko zmiany jakieś nieprawidłowe we krwi występują, przestaje ona czyścić żółć. Ponieważ zaś wątroba ją nadal wytwarza, przeto przychodzi do nagromadzenia się jej nadmiaru we krwi. U takich chorych może sprowadzić poprawę ogólnego stanu krwawienie np. z guzków krwawnicowych.

Wracając jednak do powyżej obranego przykładu, tj. do miesiączki, musimy powiedzieć, — rozwijając dalej tok myśli Galena, — że ponieważ narządem stojącym w najściślejszym związku z macicą są sutki, dla tego u kobiet przychodzi najczęściej do wytwarzania się w nich raka [55]. Lecz i sam nadmiar soków do wywołania nowotworu często nie wystarcza. One muszą posiadać w tym celu odpowiednie warunki fizykalne, a przedewszystkiem należytą gęstość, gdyż soki rzadsze są w stanie sprowadzić jedynie wrzody. „λεπτότατος μὲν οὖν ἐν τοῖς τοιούτοις χυμοῖς ἐστιν ὁ τὸν ἑλκούμενον ἐργάζεται γεννῶν· παχύτατος δὲ ὁ τὸν καρκίνον“ [56]. Temperament ich musi być suchy i zimny, a o to nie trudno, skoro przychodzi do nagromadzenia się czarnej żółci, dla której te własności są charakterystyczne. „καθ' ἕτερον δὲ διότι τῶν εἰρημένων χυμῶν, εἰ κατὰ τὴν ἰδέαν ὑγροὶ σύμπαντές εἰσιν, ἀλλὰ τήν γε δύναμιν οὐχ ὑγροί· ὁ μὲν γὰρ τῆς μελαίνης χολῆς ξηρὸς καὶ ψυχρός“ [57]. Wśród tak korzystnych warunków powstaje guz o powierzchni nierównej i stale się powiększający [58], którego nazwa pochodzi od podobieństwa, jakie okazuje do żywego raka. „...τὸ σχῆμα καρκίνῳ παραπλήσιον ἐργάζονται“ [59]. Miejsce, przez nowotwór zajęte, przybiera barwę ciemną tak, iż często robi wrażenie, jak gdyby się w niem toczyła sprawa zapalna. Żyły w granicach zmienionych wypełniają się krwią i stają się bardziej wężykowatemi [60]. Skóra części zajętej napina się więcej, niż w warunkach prawidłowych, część odpowiednia staje się twardszą, a nareszcie wytwarza się guz [61]. W miarę dalszego rozwijania się sprawy chorobowej zachodzą zmiany w guzie, które zależnie od tego, czy chorobę spowodowały więcej lub mniej ostre złe soki, wywołują owrzodzenia, lub też ich nie wywołują [62]. Chorzy sami doznają bólów i opadają na ciele. Objawy te nie zawsze bywają tak wybitne, jakkolwiek w największej liczbie przypadków stale się powtarzają i nie sprawiają dla tego żadnych trudności rozpoznawczych „.....ὡς μηδὲ παιδὰ λαθεῖν“ [63]. Czas trwania cierpienia jest rozmaity. Samo przez się nie ustępuje ono, lecz trwa aż do końca życia; leczone natomiast, a zwłaszcza w samych początkach i należycie leczone, daje się usunąć [64]. Wogóle złośliwość cierpienia zależy od stopnia gęstości, barwy soków i od narządu zajętego. Bardzo gęste i bardzo ciemne soki każą pod względem powrotu do zdrowia źle wróżyć. „καὶ ὅσον δ' ἂν ᾖ παχύτερόν τε καὶ μελάντερον, τοσοῦτον χεῖρόν ἐστι τὸ πάθος“ [65]. Wyleczone przypadki raka nie należą u Galena wcale do rzadkości, a popisuje się, że często udawało mu się usunąć nieszczęście, grożące choremu. Co więcej! Nierzadko badał soki tych chorych i stosował swoje zabiegi do wyniku badania [66].

Wiek, w którym się najbardziej na to cierpienie jest narażonym, nie jest u Galena dokładnie oznaczony. Prawdopodobieństwo jednak przemawia za tem, że lata powyżej 50 uważa pod tym względem za krytyczne. Wspominając bowiem o raku sutka powiada, że dziwnemby było, gdyby chora taka nie przekroczyła 50-tego roku życia. „...ἐάν γε δηλοδότι μηδέπω πεντηκοστὸν ἔτος ἄγωσι“ [67]. Nie mniej ważną rolę odgrywała tu także płeć, a mianowicie kobiety podlegają temu cierpieniu najczęściej, co wynika ze sposobu, w jaki Galen tłómaczy powstawanie raka. Narządem, w którym się rak najczęściej rozwija, są sutki kobiece [68]. Obok nich wspomina Galen o raku podniebienia, nie określając bliżej, która jego część ma na myśli, dalej pośladków, macicy [69] i pochwy [70]. Części tu wymienione są zdaje się temi, gdzie Galen najczęściej się z rakiem spotykał. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wiedział o istnieniu raka w innych narządach, skoro twierdzi, że niema wogóle narządu, w którymby się to cierpienie nie mogło usadowić. „συνίσταται δὲ καὶ ὅπου ἂν τύχῃ τοῦ σώματος καρκίνωμα....“ [71].

Pod względem anatomicznym istniał dla Galena rak przebiegający jawnie lub w utajeniu. Utajonem bywało zwyrodnienie, ilekroć przebiegało bez owrzodzeń; w przeciwnym razie stawało się jawnem.

Zadanie lekarza staje się wobec rozpoznawanego raka ciężkiem, gdyż obowiązkiem jego jest nietylko chwilowo wyleczyć chorego i usunąć przykre cierpieniu towarzyszące objawy, lecz także starać się o zapobieżenie nawrotom. Dlategoto potrzeba tu może więcej, niż gdzieindziej, ogromnej rozwagi i doświadczenia. Lekarz bowiem, nie pamiętający o tych koniecznych warunkach, niejednokrotnie wcale niepotrzebnie chorego dręczy, a nierzadko może się nawet przyczynić do skrócenia życia osobie nieodpowiednio leczonej. Rozstrzygnąwszy charakter cierpienia, powinien się lekarz zastanowić, z którym jego okresem ma do czynienia, pomny, że jedynie w początkach choroby nie jest uleczalne. Niemniej baczną należy zwrócić uwagę na narząd zajęty, gdyż okoliczność ta może rozstrzygnąć co do możności i rodzaju zabiegu chirurgicznego.

Zasadą jest wogóle nie kusić się o doszczętne wyleczenie raka utajonego, a tylko, o ile cierpienie niezbyt daleko jeszcze posunięte, starać się o usunięcie nowotworu za pomocą noża lub rozpalonego żelaza. Pierwszemu należy dać pierwszeństwo przed drugiem. Myliłby się jednak, ktoby przypuszczał, że Galen rozpoczynał leczenie raka zawsze od usuwania nowotworu drogą operacyjną. Tak wielki zwolennik leków i upustów krwi nie mógł i przy tej sposobności o nich zapomnieć, tembardziej, że te ostatnie nie pozostawały bynajmniej w sprzeczności z jego teoryą o powstawaniu raka. Przypisując gromadzeniu się soków najważniejsze etyologiczne znaczenie, postępował konsekwentnie, starając się o ich wydalenie. Najodpowiedniejszą po temu drogą są upusty krwi, a o ile idzie o kobietę, u której regularność ustała, o wzniecenie jej, przyczem jednak zawsze należy się liczyć z siłami i wiekiem chorych. Wyniki tego leczenia bywają wprawdzie czasem w samym początku zachęcające. Zawsze się jednak należy liczyć z okolicznością, że te upusty krwi, jako środek leczniczy, same przez się często nie wystarczają. Są one w stanie czasem spowodować zmniejszenie się

[55]) Galeni ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap. XII, K. XI.

[56]) De methodo medendi, lib. XIV, cap XVI, K. X.

[57]) De morborum differentiis, cap XII, K. VI.

[58]) Definitiones medicae, K XIX.

[59]) Ad Glauconem de medendi methodo, lib II, cap. XII, K XI i de methodo medendi, lib. II, cap. II. K. X („..ἀπὸ δὲ τῆς πρὸς τὸ ζῷον ὁμοιότητος ὁ καρκίνος“).

[60]) De tumoribus praeter naturam, cap. VII, K. VII.

[61]) Methodus medendi, lib XIV, cap. XI, K. X.

[62]) De tumoribus praeter naturam, cap XII, K. VII.

[63]) Methodus medendi, lib XIV, cap. XI, K. X.

[64]) Galeni in Hypocratis aphorismos, lib. VI, aph. 38 i 47. (Claudii Galeni opera Basileae 1529).

[65]) Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap. XII, K. XI.

[66]) Tamże.

[67]) Tamże.

[68]) Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap XII, K. XI. Galeno adscripta introductio seu medicus, cap. XIX, K. XIV. — In Hipocratis aphorismos, lib. VI, aph. 47.

[69]) In Hipocr. aphor., lib. V, aph. 58 i l. VI, aph. 38.

[70]) Tamże i definitiones medicae, K. XIX.

[71]) Introductio seu medicus, cap. XVII et cap XIX, K. XIV.

guza, lecz zwykle nie usuwają go całkowicie. Dlatego nie należy zbyt dużo tracić na nie czasu, by okres uleczalności nie przeminął. Należy się dosyć wcześnie uciec w przypadkach odpowiednich do noża chirurgicznego. Ten może być dwojaki, albo zwykły ostry nóż, powszechnie używany, albo też przyżegadło, kształtu nożykowatego [72]). Sam Galen zdaje się nie był zwolennikiem tego rodzaju przyżegadła gdyż wyraźnie mówi, — a czyni to może nawet z pewnego rodzaju lekceważeniem, — że „nie brak“ lekarzy, którzy go zamiast noża używali. On przyznaje otwarcie, że w tego rodzaju przypadkach najczęściej stosuje nóż. „περιαιρεῖται δὲ ἔνθ' ἄν ᾖ....“ [73]). Wie wprawdzie dobrze, że się spotyka przy tym zabiegu ze znacznemi trudnościami, które są następstwem rozszerzonych naczyń, lecz z trudnościami temi umie sobie dać radę w sposób, w jaki to się i dzisiaj czyni. Podwiązuje bowiem naczynia, chociaż wogóle podwiązek nie stosuje chętnie, obawiając się z tego postępowania szkody dla części sąsiednich [74]). Zdecydowawszy się jednakowoż już raz do wykonania zabiegu, musi się lekarz starać usunąć wszystko, co jest chorobliwie zmienione. Nie dosyć na tem, gdyż chcąc choremu zapewnić trwałe zdrowie, należy i z naczyń sąsiednich wycisnąć krew, w której dużo jest nagromadzonych złych soków [75]). Leczenie pooperacyjne nie ustępuje w niczem temu, jakie Galen stosuje w leczeniu wrzodów [76]). Najchętniej obiera Galen drogę operacyjną, jeżeli ma do czynienia z rakiem takiego narządu, od którego można nowotwór całkowicie oddzielić bez szkody dla ustroju. Wiedząc jednak dobrze z doświadczenia, że się to nie zawsze udaje, — a mamy tu na myśli przedewszystkiem tak wedle Galena niebezpiecznego raka macicy, — przygotował sobie szereg środków, które obok działania łagodzącego miały także znaczenie lecznicze. O upustach krwi wspomnieliśmy już wyżej. Tu dodamy tylko, że Galen czasem do nich się ograniczał, a wyniki leczenia — jak zapewnia — zadawalniały go w zupełności. Stanowisko to Galena staje się zrozumiałem, jeżeli się uwzględni, jak częste są jeszcze i dzisiaj pomyłki rozpoznawcze pod względem nowotworów złośliwych i jeżeli się rozważy, o ile częstszemi one bywały dawniej. Takie przypuszczenie daje się łatwo usprawiedliwić, gdy nie spuścimy z uwagi, że Galena zadawalniały upusty krwi przy raku sutka [77]). Jak zaś łatwo przy dokładniejszem nawet badaniu o pomyłki rozpoznawcze raka sutka tam, gdzie się ma do czynienia z następstwami sprawy zapalnej, wie dobrze każdy doświadczony lekarz.

Często jednak ma lekarz do czynienia z osobami, u których należy oszczędzać każdą kroplę krwi. Dla tych chorych przygotował Galen cały szereg środków lekarskich, stosowanych zewnętrznie lub też wewnętrznie. Na nic się jednak nie przydadzą wszystkie tu wymienione sposoby lecznicze, jeżeli się nie będzie zwracało bacznej uwagi na dyetę chorego. Przepisy co do odżywiania osób chorych na raka uważa Galen za bardzo ważną część ich leczenia i obiecuje sobie dobre wyniki tylko tam, gdzie się pod tym względem trzymano ściśle zarządzeń lekarza [78]). Jak w całem leczeniu, tak też i tutaj stara się Galen przedewszystkiem o zadośćuczynienie wskazaniu przyczynowemu, nie zapominając o zasadzie „*contraria contrariis*“ i o środkach czyszczących, które w niemałej części przyczyniają się do oczyszczenia zepsutych soków.

Na zakończenie niechaj nam wolno będzie zauważyć, że zdajemy sobie sprawę należycie, żeśmy tematu w tej rozprawce nie wyczerpali, bo nie przytoczyliśmy wszystkich autorów, których prace bądź tylko w znacznej części, bądź też tylko w urywkach są nam znane. W poszukiwaniach naszych zatrzymaliśmy się na Galenie, wychodząc z tego zapatrywania, że późniejsi autorowie, a szczególniej w okresie bizantyńskim, nielitościwie tylko wyzyskiwali swoich lepszych poprzedników. Przyszedłszy tedy do przekonania, że takie wyzyskanie całkowite materyału pociągnęłoby jedynie częste powtarzanie się, ograniczyliśmy się do przytoczenia poglądów tych kilku autorów, którzy dają wogóle najlepszy pogląd na medycynę u starożytnych.

[72]) Introductio seu medicus, cap. XIX, K. XIV.
[73]) l. c.
[74]) Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap. XII, K. XI.
[75]) Methodus medendi. lib. XIV, cap. IX, K. X. — Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap. XII, K. XI.
[76]) Methodus medendi, lib. XIV, cap. IX, K. X.
[77]) In aphorism. Hippocratis. lib. VI, aph. 47.
[78]) Methodus medendi, lib. XIV, cap. IX, K. X i Ad Glauconem de medendi methodo, lib. II, cap. XII, K. XI.

VII. † Dr. Wacław Ryszard Zaremba

zakończył życie dnia 13 b. m. w Krakowie, licząc lat 58. Zmarły przyszedł na świat r. 1845 w Sądach, w W. Ks. Poznańskiem; nauki gimnazyalne odbył w Lesznie, Trzemesznie i Głogowie, a medycynę studyował w Wrocławiu, Würzburgu i Berlinie. Rok 1863 przerwał te studya, które dokończył po wyjściu z więzienia pruskiego, gdzie został osadzony za udział w wojnie narodowej. Działalność zmarłego była różnorodna: połowę życia spędził jako ziemianin — na roli, drugą zaś jako lekarz — literat; na każdem jednak polu działalność ta była płodna i niepospolita. Pisał wiele z zakresu historyi medycyny, szczególnie świata starożytnego (Judea, Egipt, Rzym, Grecya); z wieków późniejszych skreślił „Szkic dziejów sztuki lekarskiej w Rosyi“; następnie ogłosił „Choroby nagminne w Wielkopolsce do r. 1800“, wreszcie „Zarys dziejów rozwoju psychiatryi“. Na wszystkich arenach działania, na wsi i w mieście, przy lemieszu i nad kronikami, sterowała nim myśl społeczna, która znalazła wyraz w zakładaniu licznych Tow. polskich, szczególnie w Wrocławiu, któremi później kierował. Osiadłszy przy synie, także lekarzu, w Krakowie, uległ nieuleczalnej chorobie serca. Cześć jego pamięci.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

(Ciąg dalszy).

Sekcya filozoficzna (IX):

Wykłady zgłosili: Prof. Dr. Struve, Dr. W. M. Kozłowski, A. Szycówna, Prof. Dr. A. Raciborski.

Sekcya fizyologiczna (X):

Temat obrad: Źródła zjawisk elektrycznych w jestestwach żywych, ref. Prof. Dr. Cybulski (Kraków).

Wykłady:

1) Dr. L. Marchlewski (Kraków): Najnowsze rezultaty badań zieleni roślinnej i barwika krwi i stosunek tych ciał do lipochromów.

2) Prof. Dr. A. Beck (Lwów): Zmiany elektryczne w korze mózgowej po zniszczeniu pewnych jej części.

3) Tenże: Dalsze badania nad czynnością gruczołu podszczękowego.

4) Doc. Dr. Bikeles i Dr. Gizelt (Lwów): Fizyologiczne badania nad pochodzeniem nerwów czuciowych i motorycznych kończyny tylnej u psa.

5) Ci sami: Sposób reprezentacyi ruchów w kończynach.

6) Ci sami: Lokalizacya łuku dla odruchu kolanowego psa.

7) Doc. Dr. Popielski (Moskwa): Temat zastrzeżony.

Sekcya patologiczna (XI):

Główny temat obrad: O zwyrodnieniu tłuszczowem, ref. Prof. Dr. T. Browicz (Kraków) i Doc. Dr. M. Seńkowski (Kraków).

Wykłady:

1) Prof. Dr. Kimla (Praga): O zmianach kiłowych u płodów.

2) Doc. Dr. Houl (Praga): Obecny stan nauki o promienicy u człowieka.

3) Prof. Dr. J. Hlava (Praga): Temat zastrzeżony.

4) Prof. Dr. O. Bujwid (Kraków): O zaraźliwości gruźlicy ludzkiej dla zwierząt.

5) Dr. W. Palmirski i Dr. Żebrowski (Warszawa): O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej zapomocą surowicy swoistej.

6) Prof. Dr. S. Ciechanowski i Dr. K. Gliński (Kraków): W sprawie anatomii i patologii wyrostka robaczkowego.

7) Dr. B. Dembiński (Levergies, Francya): Badania doświadczalne nad substancyą uczulającą laseecznika gruźliczego.

8) Dr. P. Pręgowski (Lwów): O jądrach neurogliowych w zdrowej i chorej korze mózgowej.

9) Tenże: O trzech postaciach zmian w komórkach nerwowych ludzkiej kory mózgowej.

10) Prof. Dr. Raczyński (Kraków): O prątku czerwonki na podstawie własnych badań.

11) Dr. A. Wrzosek (Kraków): O powstawaniu zakażeń.

12) Dr. K. Rzętkowski (Warszawa): O zawartości azotu całkowitego, azotu niebiałkowego i substancyi suchej we krwi w różnych stanach chorobowych, w wysiękach i przesiękach.

13) Tenże: Zastrzeżony komunikat z dziedziny odporności.

14—17) Temata zastrzeżone przez Prof. Dr. A. Obrzuta, Doc. Dr. P. Kucerę, Dr. W. Nowickiego i Dr. T. Hołobuta ze Lwowa.

Sekcya farmaceutyczna (VIII):

1) Włodzimirski Wal. (Lwów): Farmacya.

2) Tenże: Chemia analityczna na usługach farmacyi.

3) Dr. Piepes-Poratyński (Lwów): Rośliny lecznicze i ich hodowla w kraju.

4) Zawałkiewicz Zdz. (Kamionka Strumiłowa): W sprawie przyszłego lekospisu.

5) Tenże: O wpływie składu chemicznego leków na ich działanie.

6) Koskowski Bron. (Lwów): O związkach zapachowych syntetycznych.

7) Tenże: Przyczynek do prawideł przyrządzania leków.

8) Mindes J. (Łopatyn): O ekstraktach płynnych.

9) Tenże: O maściach i pigułkach.

10 i 11) Dr. Franzos J. (Tarnopol): Dwa tematy zastrzeżone. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Bier mówił: „O zasadach oświetlania szkół i higienicznych metodach fotometryi“.

Lwów, 15 marca. W piątek, dnia 11 marca odbyła się pierwsza w lwowskim Uniwersytecie promocya kobiety na doktora wszechnauk lekarskich. Promowaną została p. Marya Matylda Kalmusówna, uczenica Wszechnicy tutejszej. Równocześnie otrzymał stopień doktora wszechnauk lekarskich p. Mikołaj Kwaśniewski z Wołynia, który w dniu promocyi musiał wyjechać na syberyjskie pole walki. D. 12 b. m. odbyło się uroczyste otwarcie Biblioteki słuchaczów medycyny: rozwój tej instytucyi zapowiada się bardzo pomyślnie.

* Dr. Henryk Hoyer, prof. nadzwyczajny anatomii porównawczej w Uniwersytecie Jagiell., mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Komitet opieki szpitalnej dla dzieci we Lwowie zamianował prof. Dr. Jana Raczyńskiego, z Krakowa, dyrektorem i prymaryuszem szpitala św. Zofii.

* *Jarosław, 11 marca.* Sekcya jarosławska Tow. lek. galic. odbyła dnia 9 grudnia r. z. posiedzenie naukowe, na które przybyło 24 członków, a 3 usprawiedliwiło nieobecność. Jako goście wzięli udział w posiedzeniu lekarze pułkowi: Dr. Grabowski, Dr. Geisler i Dr. Połochajło. Porządek dzienny obejmował: I. a) Kol. Dr. Fechter przedstawił chorych, operowanych w szpitalu, z dziedziny chorób ściśle chirurgicznych i ginekologicznych; b) okazał preparaty anatomiczno-patologiczne, uzyskane przy operacyach w szpitalu. II. Kol. Dr. Goldstaub mówił na temat: Dur brzuszny — dur osutkowy: różnice rozpoznawcze. Leczenie. Higiena. W dyskusyi przemawiali wszyscy obecni.

D. 4 lutego b. r. Sekcya odbyła posiedzenie administracyjne. Sekcya liczy 29 członków. Porządek dzienny: I) kol. Dr. Fechter a) przedstawił chorych, operowanych w szpitalu; b) okazał preparaty anatomiczno-patologiczne i ciała obce, uzyskane przy operacyach. II. Wybrano biuro Sekcyi: prezesem Dr. Wł. Czyżewicza, c. k. starszego lekarza powiatowego; zastępcą Dra Adolfa Dietziusa, burmistrza miasta; sekretarzem Dra Tad. Fechtera, dyrektora szpitala powszechnego, delegatem na Walne Zgromadzenie Dra Czyżewicza, zastępcą Dra Fechtera.

* Komitet, urządzający tegoroczną Wystawę przyrodniczo-lekarską i higieniczną we Lwowie, wydał odezwę, w której wyłuszczył przyczyny, zniewalające go do odłożenia terminu Wystawy do czasu, w którym położenie polityczne umożliwi odbycie się Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, oraz złączonej z nim Wystawy. Postanowienie to stało się tem konieczniejsze, że wobec niepewności stosunków międzynarodowych Wystawa mogłaby pociągnąć za sobą straty materyalne dla wystawców, za które nikt nie mógłby wziąć na siebie odpowiedzialności.

»A przyznać należy — czytamy w odezwie — że Wystawie tej przypadło widocznie niezwykłe przeznaczenie kulturalne dla naszego społeczeństwa. Zapał bowiem ze strony wszystkich czynników, powołanych do współdziałania przy jej urządzeniu, był tak wielki, zainteresowanie się kół naukowych, przemysłowych i najszerszej publiczności na wszystkich obszarach przez rodaków naszych zamieszkałych było tak znaczne, że rokowała ona najlepsze nadzieje, iż osiągnie te cele, jakie jej w programie zostały wytknięte. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że do chwili odroczenia terminu Wystawy zgłosiło się około 500 wystawców do jej obesłania. To też ażeby dowieść, że zapał ten nie był »ogniem słomianym«, że podjęta raz myśl nie może się rozbić o pierwszą trudność, postanowił Komitet, urządzający tę Wystawę, nie cofać się ze swą pracą i nie dać zaginąć kiełkującej idei, lecz ze świeżemi siłami, pouczony doświadczeniem, przystąpić do tem świetniejszego jej urzeczywistnienia wówczas, gdy tylko korzystne warunki na to pozwolą. W nadziei zatem, że także ze strony kół bliżej w tej sprawie interesowanych, t. j. sfer naukowych i lekarskich, instytucyi publicznych i kół przemysłowych, napotka Komitet Wystawy nie na zniechęcenie, lecz na świadome celu dążenie, by podjęta myśl osiągnęła zamierzony skutek, postanowił on nie ustawać w dalszych przygotowaniach i zwraca się z uprzejmą prośbą o poparcie w tym kierunku do wszystkich wymienionych wyżej czynników. Składając zaś niniejszem publicznie w imieniu całego Komitetu najserdeczniejsze podziękowanie wszystkim bez wyjątku, którzy, czy to czynnie, czy z chęcią służenia naszej sprawie, przyczynili się do jej poparcia, Komitet ma zaszczyt upraszać nadal o te same względy dla naszego przedsięwzięcia.

Przy tej sposobności zawiadamia Komitet interesowanych, że wszystkie swoje zobowiązania i umowy, zawarte z poszczególnemi osobami, uważa aż do urzeczywistnienia odroczonej Wystawy za ważne i za pobrane kwoty, czy to za miejsca na Wystawie, czy też za inseraty, umieszczone w katalogu, bierze wszelką odpowiedzialność i ewentualnie zwracać je będzie jedynie na żądanie stron interesowanych i to za okazaniem odpowiednich dowodów uiszczenia«.

W imieniu Komitetu:

Dr. Krzyżanowski.

* Jak donieśliśmy w Nrze ostatnim, dnia 6 b. m. odbył się w Wiedniu Wiec delegatów Związku Towarzystw lekarskich w Austryi. Związek łączy 37 Towarzystw. Dr. Loew referował o rozwoju Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót po lekarzach: sprawozdawca oświadczył, że po przystąpieniu do tej organizacyi wszystkich Tow. lekarskich, przy rocznej wkładce 2 koron, wdowy na razie będą otrzymywać zapomogę w wysokości po 300 koron; przy należytym rozwoju tej instytucyi zapomoga wzrośnie do kwoty wyższej i odpowiedniejszej. Dzięki szefowi sekcyi, Dr. Kusýemu, roczne wydatne świadczenie rządu jest zapewnione. Następnie Dr. Kohn mówił o potrzebie państwowej organizacyi lekarzy, a Dr. Adler, krytykując obecny państwowy zarząd zdrowia, rozdrobniony w kilku ministerstwach i kierowany przez ludzi, nie należących do zawodu lekarskiego i często niekompetentnych, udowadniał potrzebę centralnego zarządu, mianowicie

ministerstwa zdrowia i uczynił następujący wniosek: poleca się Wydziałowi Związku Tow. lek. w Austryi, ażeby, w celu poparcia starań, rozpoczętych już przez Izby lekarskie, wniósł podanie do rządu i do obu Izb Rady państwa o utworzenie ministerstwa zdrowia w Austryi. Wiec uchwalił ten wniosek jednogłośnie.

* Do Tow. samopomocy lekarzy w dalszym ciągu przystąpili: Dr. Bienenwald Salomon (Buczacz), Bubeniczek Franciszek (Czortków), Finkel Herman (Kulików) i Kropf Leon (Karlsbad).

* Między 23 a 29 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), mościskim (2 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim (1 gm.) — i w mieście Lwowie (3 przypadki).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Danysz, szef pracowni w Instytucie im. Pasteura, odznaczony został stopniem oficera *mérite agricole.* Dr. Ricker, asystent patolog. Instytutu w Rostoku, otrzymał tytuł profesora. W Tuluzie mianowani zostali: Dr. Maurel profesorem doświadcz. patologii i Dr. Guilhem profesorem sądowej medycyny.

Nekrologia. Dnia 3 b. m. zmarł w Trembowli Dr. Aleksander Jastrzębski, lekarz powiatowy, człowiek serca i rozumu, które mu zjednały powszechne uznanie wszystkich warstw społecznych. Padł ofiarą duru osutkowego, którego nabawił się w jednej z okolicznych wsi, podczas pełnienia swych czynności urzędowych. Dr. Romuald Kamocki zmarł w Warszawie w 33 r. życia. Dr. Maksymilian Rosner, starszy lekarz powiatowy, zmarł w Kołomyi.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 10. Karczewski: Przypadek skrętu kątnicy. Orłowski: Wyniki szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1902.

— *Postęp okulistyczny* Nr. 2. Rymowicz: Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki paciorkowcem ropnym podczas operacyi wyjęcia zaćmy (dok.). Talko: Przyczynek do mózgowoocznych przepuklin. Wicherkiewicz: Urazowe zapalenie spojówki i rogówki.

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. Kaufman: O niedrożności przewodu płciowego u kobiet. Koelichen: O przewlekłem postępującem porażeniu zewnętrznych mięśni oczów (dok.).

— *Zdrowie* Z. 3. Pełczyński: Stan sanitarny szkół początkowych gubernii radomskiej. Starkiewicz: Ochrony prowincyonalne.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 10. Erazm Vlasák (wspomnienie pośmiertne). Mrázek: K »nauheimské« therapii chorob srdečních. Heida: Narkosa inhalační (dok.).

— *La Presse médicale* N. 18. Bué: Porcya pokarmowa noworodka. Riche: Jejunostomia w leczeniu raka żołądka. Jejunostomia w kształcie *Y*.

Nr. 19. Guibé i Proust: Leczenie doszczętne przepukliny udowej. Lavarenne: Wygubienie szczurów wędrujących i myszy polnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 10. Bernhardt: O niektórych rzadko występujących porażeniach obwodowych. Friedberger: O intensywnem występowaniu amboceptorów cholery u królików pod wpływem alkoholizowania i szczepień mieszanych. Jacob: Opieka w szpitalu »Charité«. Karewski: Anatomiczny stan w zapaleniu wyrostka robaczkowego i wskazania do apendektomii. Fliess: Leczenie ozeny wstrzykiwaniami twardniejącej parafiny.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 10. Obermayer i Pick: Przyczynek do nauki o wytwarzaniu się precypityn. Ghon: Zapalenie otrzewnej na tle pneumokokowem. Riehl: Uwagi nad Röntgenoterapią. Eljasz-Radzikowski: O t. zw. »Typhusdiagnosticum«.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 10. Hösslin: Centralne porażenie ciężarnych. Hoffmann: Wczesne uśpienie znieczulające. Barten: Uśpienie nakrapianym eterem. Luxembourg: Leczenie zastoinowe metodą Biera. Heim: Mucyna prątków wąglika. Fromherz: Rozpoznanie niedomykalności tętnicy płucnej. Habs: Przypadek całkowitej plastyki nosa z ramienia. Riebold: Przypadek urazowej przepukliny płuc bez zewnętrznego zranienia. Schelble: Przypadek ropnia wątroby i rozlanego zapalenia przewodów żółciowych z licznemi powikłaniami, wyleczony wielorazowymi zabiegami chirurgicznymi. Dumstrey: Wytworzenie rzepki z płatu okostnowo-ścięgnistego, wziętego z goleni. Seiffert: Zastosowanie nakłucia lędźwiowego w mocznicy. Kuhnemann: Leczenie choroby Basedowa rodagenem. Hugel: Osobliwy wynik zdjęcia röntgenowskiego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 11. Rosenheim: Rozpoznanie za pomocą obmacywania i endoskopii wysoko usadowionego raka odbytnicy i kiszki esowatej. Loeb: Doświadczenia z »dyspepsyną« Hepp. Korn: Kurczowe zwężenie odźwiernika i przemijająca rozstrzeń żołądka (dok.). Rehfisch: Arytmia nerwowa i polegająca na schorzeniu serca. Schwabach: Uboczny wpływ niektórych leków na ucho. Hoffa: Znaczenie tkanki tłuszczowej dla patologii stawu kolanowego (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 10 (od 6/III do 13/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 35, dz. 34; nieżywo: chł. 1, dz. . — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 13; zamiejscowych: męż. 16, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. Razem miej. 33, obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.